

# ÉTUDE D'UNE SÉRIE DE 144 CANCERS DU COLON DROIT

---

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE C  
PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE BERTRAND

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 27 Novembre 1964*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Pierre BRIVET**

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon*

*Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 20 Septembre 1938, à TUNIS (Tunisie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42

1964



# ÉTUDE D'UNE SÉRIE DE 144 CANCERS DU COLON DROIT

---

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE C  
PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE BERTRAND

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 27 Novembre 1964*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Pierre BRIVET**

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon*

*Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 20 Septembre 1938, à TUNIS (Tunisie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42

—  
1964

# FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

## PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires ..... M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.  
M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.  
Doyen ..... M. J.-F. CIER.  
Assesseurs ..... MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,  
MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET,  
HERMANN, ROCHET, POLLOSSON.

## PROFESSEURS

|                                                                                           |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Clinique urologique ..... MM. CIBERT.                                                     | Clinique chirurgicale or-<br>thopédique et trauma-<br>tologique ..... MM. CREYSSSEL. |
| Physique biologique ..... PONTTHUS<br>(dét. à Bey-<br>rout).                              | Clinique carcinologique .. DARGENT.                                                  |
| Clinique neuro-psychiatri-<br>que et hygiène mentale DECHAUME.                            | Anatomie pathologique .. GUICHARD.                                                   |
| Chimie organique et toxi-<br>cologie ..... CHAMBON.                                       | Pathologie générale et ex-<br>périmentale ..... GIRARD Paul.                         |
| Clinique chirurgicale P .. WERTHEIMER.                                                    | Anatomie ..... LATARJET.                                                             |
| Clinique médicale B .... PAUPERT-<br>RAVAULT.                                             | Pathologie chirurgicale .. PEYCELON.                                                 |
| Clinique et prophylaxie<br>cardio-vasculaires .... FROMENT                                | Clinique médicale D .... GIRARD Marcel.                                              |
| Clinique médicale C .... CROIZAT.                                                         | Pathologie médicale .... VACHON.                                                     |
| Chimie biologique et médi-<br>cale ..... ENSELME.                                         | Physio-pathologie des voies<br>respiratoires ..... GALY.                             |
| Clinique chirurgicale A .. MALLET-GUY.                                                    | Radiologie ..... PAPILLON.                                                           |
| Pharmacie galénique .... REVOL.                                                           | Clinique médicale infantile<br>et hygiène du 1 <sup>er</sup> âge . JEUNE.            |
| Clinique obstétricale .... PIGEAUD.                                                       | Hydrologie thérapeutique,<br>climatologie et écologie<br>sociale ..... GONIN.        |
| Médecine du travail .... BOURRET.                                                         | Bactériologie ..... MONNET.                                                          |
| Clinique médicale A .... LEVRAT.                                                          | Physiologie et pathologie<br>obstétricales ..... BANSSILLON.                         |
| Hygiène et action sanitaire<br>et sociale ..... SOHIER.                                   | Physiologie B ..... CHATONNET.                                                       |
| Botanique et cryptogamie . NETIEN.                                                        | Clinique endocrinologique . GUINET.                                                  |
| Clinique chirurgicale C .. BERTRAND.                                                      | Clinique de chirurgie ortho-<br>pédique ..... TRILLAT                                |
| Chimie analytique phar-<br>maceutique ..... BADINAND.                                     | Clinique stomatologique . FREIDEL.                                                   |
| Pharmacie chimique et<br>pharmacologie ..... DREVON.                                      | Clinique de chirurgie et<br>d'orthopédie infantiles . MARION                         |
| Médecine légale et déon-<br>tologie ..... ROCHE.                                          | Matière médicale et légis-<br>lation pharmaceutique . Joseph.                        |
| Parasitologie et pathologie<br>exotique ..... COUDERT.                                    | Histologie et embryologie . DORCHE.                                                  |
| Clinique d'oto-rhino-laryn-<br>gologie et d'audio-pho-<br>nologie ..... MOUNIER-<br>KUHN. | Chimie ..... DUMONT Louis.                                                           |
| Clinique ophtalmologique . PAUFIQUE.                                                      | Physiologie A ..... PERROT.                                                          |
| Clinique de dermatologie,<br>syphiligraphie et aller-<br>gologie ..... THIERS.            | Thérapeutique chirurgicale<br>et chirurgie opératoire . CIER J.-F.                   |
| Clinique de pneumo-phti-<br>siologie ..... BRUN.                                          | Clinique de chirurgie car-<br>diaque ..... PERRIN J.                                 |
|                                                                                           | Clinique des maladies in-<br>fectieuses ..... MICHAUD Pierre.                        |
|                                                                                           | Biologie médicale et phar-<br>macodynamie ..... X...                                 |
|                                                                                           | Clinique gynécologique .. X...                                                       |
|                                                                                           | Thérapeutique ..... X...                                                             |

## PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| Physique nucléaire appliquée à la médecine ..... MM. BERGER. |
| Bactériologie ..... BERTOYE.                                 |
| Neuro-chirurgie ..... MANSUY.                                |
| Chimie générale et pharmaceutique ..... COLLET.              |
| Clinique de pédiatrie et puériculture ..... SARROUY.         |
| Hygiène et climatologie ..... LACROIX.                       |
| Clinique chirurgicale propédeutique ..... LIARAS.            |
| Neuro-chirurgie ..... LECUIRE.                               |
| Médecine générale ..... REVOL.                               |
| Thérapeutique chirurgicale ..... GOINARD.                    |
| Pharmacie chimique et Pharmacologie ..... CIER André.        |
| Médecine générale ..... PONT Maurice.                        |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Parasitologie .....            | MM. ROMAN.   |
| Anatomie pathologique .....    | FEROLDI.     |
| Physique biologique .....      | MORET.       |
| Botanique et cryptogamie ..... | ODDOUX.      |
| Chimie analytique .....        | de SOLLIERS. |
| Médecine générale .....        | DESPIERRES.  |
| Médecine du travail .....      | TOLOT.       |
| Parasitologie .....            | GARIN.       |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

|                                                         |                      |                                                  |             |
|---------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|-------------|
| Chimie biologique .....                                 | MM. CREYSSSEL Roger. | Anesthésiologie .....                            | MM. MICHEL. |
| Hygiène .....                                           | THIVOLET.            | Pédiatrie et puériculture .....                  | FRANÇOIS.   |
| Electro-radiologie .....                                | PINET.               | Chirurgie générale .....                         | MICHOULIER. |
| Neuro-psychiatrie .....                                 | GUYOTAT.             | Dermatologie .....                               | COLOMB.     |
| Chirurgie générale .....                                | DESCOTES.            | Médecine générale .....                          | LAMBERT.    |
| Pathologie expérimentale .....                          | JOUVET.              | Médecine générale .....                          | FRIES.      |
| Physique biologique .....                               | PEYRIN.              | Pédiatrie .....                                  | GILLY.      |
| Anatomie pathologique .....                             | TOMMASI.             | Médecine générale .....                          | ROBERT.     |
| Electro-radiologie .....                                | BUFFARD.             | Anatomie .....                                   | BOUCHET.    |
| Médecine générale et thé-<br>rapeutique .....           | LEJEUNE.             | Pédiatrie .....                                  | BETHENOD.   |
| Stomatologie .....                                      | de MOURGUES F.       | Immunologie, sérologie, hé-<br>matologie .....   | GERMAIN.    |
| Maladies infectieuses .....                             | NAUSSAC.             | Pédiatrie .....                                  | LARBRE.     |
| Chirurgie générale .....                                | REBOUILLAT.          | Chirurgie générale .....                         | SOUSTELLE.  |
| Pédiatrie .....                                         | ROMAGNY.             | Médecine générale .....                          | VIALA.      |
| Médecine générale .....                                 | DELAHAYE.            | Bactériologie, parasitologie,<br>virologie ..... | VINCENT.    |
| Anesthésiologie .....                                   | DELEUZE.             | Pneumo-phthisiologie .....                       | KALB.       |
| Electro-radiologie diagnostic<br>et thérapeutique ..... | GIRAUD.              |                                                  |             |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

|                                 |                  |                                                 |                       |
|---------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|
| Hématologie .....               | MM. FAVRE-GILLY. | Biologie médicale et phar-<br>macodynamie ..... | MM. FAUCON.           |
| Histologie et embryologie ..... | GIROD.           | Physiologie .....                               | FLANDROIS.            |
| Chimie biologique .....         | GRAS.            | Bactériologie .....                             | VIALLIER-<br>RAYNARD. |
| Chimie analytique .....         | MALLEIN.         |                                                 |                       |
| Hygiène .....                   | RIFFAT.          |                                                 |                       |

## AGREGES EN EXERCICE

|                          |                         |                              |               |
|--------------------------|-------------------------|------------------------------|---------------|
| Ophtalmologie .....      | MM. BONAMOUR.           | Orthopédie .....             | MM. FAYSE.    |
| Médecine légale .....    | COLIN.                  | Oto-rhino-laryngologie ..... | GAILLARD.     |
| Chirurgie générale ..... | de MOURGUES<br>Georges. | Médecine générale .....      | GARDE.        |
| Médecine générale .....  | DEVIC.                  | Ophtalmologie .....          | HUGONNIER.    |
| Obstétrique .....        | DUMONT<br>Martial.      | Chirurgie générale .....     | MARET.        |
| Urologie .....           | DURAND.                 | Médecine générale .....      | MORNEX.       |
| Chirurgie générale ..... | FRANCILLON.             | Médecine générale .....      | NORMAND.      |
| Chirurgie générale ..... | SAUBIER.                | Médecine générale .....      | PERRIN André. |
| Neuro-psychiatrie .....  | SCHOTT.                 | Stomatologie .....           | DUMAS.        |
| Neuro-chirurgie .....    | ALLEGRE.                | Obstétrique .....            | GARMIER.      |
| Electro-radiologie ..... | CHASSARD.               | Médecine générale .....      | NOEL.         |
|                          |                         | Orthopédie .....             | SCHNEPP.      |

## EXAMINATEURS DE LA THESE

**Président : M. BERTRAND ; Assesseurs : MM. GUILLEMIN,  
SOUSTELLE et SAUBIER.**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FEMME

En témoignage de mon amour.

A MARIE-FRANCE ET A FABIENNE

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON FRERE, A MES SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Pierre BERTRAND

*Professeur de Clinique Chirurgicale*

Nous le remercions très respectueusement de la confiance qu'il nous a témoignée en nous proposant le sujet de notre thèse et de l'honneur qu'il a fait en présidant notre jury.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

## A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé GUILLEMIN

Monsieur le Professeur Agrégé SOUSTELLE

Monsieur le Professeur Agrégé SAUBIER

Nous avons été très touchés par l'intérêt qu'ils ont bien voulu porter à ce travail.

Nous les remercions vivement d'avoir accepté d'être nos juges.

Au Docteur Roger LOMBARD-PLATET

*Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté*

*Ancien Interne des Hôpitaux*

Il a aimablement accepté de nous aider dans l'élaboration de ce travail. Son accueil nous a touché, ses conseils nous ont été précieux.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Médecin Général-Inspecteur BORON

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce*

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire  
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A Monsieur le Médecin Colonel GROSSETETE

*Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

*Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Le but de notre thèse est d'analyser une série de 144 observations de cancer du côlon droit provenant soit du service de notre Maître, le Professeur Pierre Bertrand (Clinique chirurgicale C), soit de sa clientèle privée.

Ce travail porte sur 32 ans de pratique : l'observation la plus ancienne date de 1931, la plus récente de 1964.

Après avoir envisagé les problèmes étiologiques et anatomopathologiques, nous étudierons :

- la symptomatologie sous ses formes aiguës et chroniques ;
- le traitement chirurgical représenté essentiellement à l'heure actuelle par l'hémi-colectomie droite en un temps ;
- les résultats opératoires, immédiats et éloignés pour conclure finalement sur une note pessimiste.



## BASES ETIOLOGIQUES

### Sexe

Notre statistique objective une prédominance discrète du sexe féminin :

sur 144 cas, 83 femmes, soit 58 %,  
61 hommes, soit 42 %.

Cette prédominance est retrouvée par Bienaymé, en 1956, sur 82 cas ; par Humm, en 1962, sur 61 cas ; par le Professeur Peycelon, en 1964, sur 154 cas. Pour Veyssière, en 1963, à propos de 162 observations, la prédominance féminine est trop discrète (52 %) pour être retenue.

### Age

— L'âge moyen de nos malades est de 62 ans (59 pour les hommes, 65 pour les femmes).

— Le plus jeune de nos malades avait 19 ans (sarcome lymphoblastique de la valvule de Bauhin), les plus âgés, 80 ans.

63 % des cas s'observent entre 61 et 80 ans,

82 % des cas s'observent entre 51 et 80 ans.

Le tableau suivant donne une répartition par sexe et par tranches d'âge :

| Age         | Hommes | Femmes | Total |
|-------------|--------|--------|-------|
| 10 à 20 ans | 1      | 0      | 1     |
| 21 à 30 ans | 0      | 0      | 0     |
| 31 à 40 ans | 4      | 1      | 5     |
| 41 à 50 ans | 11     | 9      | 20    |
| 51 à 60 ans | 15     | 15     | 30    |
| 61 à 70 ans | 18     | 36     | 54    |
| 71 à 80 ans | 12     | 22     | 34    |
| Total :     | 61     | 83     | 144   |

## Antécédents

12 de nos malades ont eu dans des temps plus ou moins rapprochés des antécédents chirurgicaux notables :

### a) soit néoplasiques :

- néoplasme gastrique traité médicalement (Obs. n° 6) ;
- gastrectomie deux ans auparavant pour néoplasme gastrique (Obs. n° 54) ;
- opération de Haldstedt pour néoplasme du sein, deux ans auparavant (Obs. n° 140) ;
- hystérectomie avec castration pour tumeur wolfienne de l'ovaire droit quatre ans auparavant (Obs. n° 37) ;
- hystérectomie quatre ans auparavant pour néoplasme du col utérin (Obs. n° 95) ;
- enfin, deux colectomies segmentaires :
  - une, dix-sept ans auparavant pour polypose dégénérée du sigmoïde (Obs. n° 92),
  - une, quatre ans auparavant pour néoplasme du sigmoïde (Obs. n° 105).

### b) soit non néoplasiques :

- deux hystérectomies pour fibrome (Obs. n° 32), (Obs. n° 45) ;
- deux hystérectomies avec castration pour cause inconnue (Obs. n° 76 et 102) ;
- une gastrectomie pour ulcère double du duodénum et de la petite courbure (Obs. n° 47).

Enfin, nous avons noté quinze appendicectomies antérieures et deux cholécystectomies pour lithiasé vésiculaire.

Chez cinq de nos malades, a été soulevé le problème de l'association cancer colique-polypose :

— l'un d'entre eux, déjà cité (Obs. n° 92) avait subi une colectomie sigmoïdienne pour polypose dégénérée du côlon sigmoïde sans localisation rectale. Dix-sept ans plus tard, crises de sub-occlusion révélant un cancer de la partie droite du transverse. Sur la

pièce de colectomie, il a été retrouvé quelques petits polypes en amont et d'autres, plus nombreux, en aval. Malheureusement, l'examen histologique de la pièce n'a pu être retrouvé. (la malade va très bien à l'heure actuelle);

— l'examen histologique a décelé une fois (Obs. n° 79) un polype dégénéré du côlon ascendant avec envahissement ganglionnaire.

— Par deux fois enfin, la rectoscopie pré-opératoire a noté un polype bénin de la jonction recto-sigmoïdienne (Obs. n° 90 et n° 120). Le deuxième polype a été enlevé par les voies naturelles dans un second temps.

Nous n'avons retrouvé aucune dégénérescence de tumeur vil-leuse, aucune association de cancer du côlon droit et de tuberculose colique, et seulement un cas ancien d'amibiase (Obs. n° 79) qui pourrait être à l'origine d'une dégénérescence.



## BASES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

### Histologie

L'examen histologique de la pièce opératoire a été fait 88 fois et a donné les résultats suivants :

- 54 épithélioma glandulaires typiques
- 13 épithélioma atypiques,
- 16 colloïdes,
- 3 sarcomes lymphoblastiques,
- 1 léiomyosarcome,
- 1 tumeur intestinale d'origine wolfienne.

### Siège

Nos 144 cas se répartissent de la façon suivante :

|                          |         |        |
|--------------------------|---------|--------|
| — région cæco-valvulaire | 16 fois | (11 %) |
| — cæcum                  | 37 »    | (26 %) |
| — Cæco-ascendant         | 5 »     | (3 %)  |
| — ascendant              | 25 »    | (17 %) |
| — angle droit            | 39 »    | (27 %) |
| — transverse droit       | 15 »    | (11 %) |
| — tout le côlon droit    | 2 »     |        |

On voit donc que la région cæco-valvulaire et le cæcum totalisent 53 cas (37 %) l'angle droit venant en seconde position avec 39 cas (27 %).

Au niveau de la région cæco-valvulaire, 3 fois la valvule de Bauhin seule était envahie. Les 13 autres fois elle l'était par un processus malin venant du cæcum.

De plus, 4 de nos malades étaient porteurs de cancer double simultané. Par 2 fois, les deux localisations étaient coliques (ascendant et transverse moyen : observation n° 132. Cæcum et transverse droit : Obs. n° 54).

Une fois, à un néoplasme du fond cæcal était associé un néoplasme sus-vatérien (Obs. n° 21) et dans le dernier cas (Obs. n° 121)

il a été noté deux viroles du grêle associées à un cancer du côlon ascendant.

On peut rapprocher de cette répartition, celle donnée par Humm (1962) à propos de 61 cas du Pr Quenu :

|                    |    |
|--------------------|----|
| — cæcum            | 20 |
| — juxta-valvulaire | 4  |
| — ascendant        | 20 |
| — angle droit      | 12 |
| — transverse droit | 4  |
| — néo double       | 1  |

Celle donnée par Veyssière (1963) à propos de 162 observations du Pr Delannoy :

|                    |    |
|--------------------|----|
| — cancer diffus    | 3  |
| — cæcum            | 48 |
| — valvule          | 25 |
| — sus-valvulaire   | 7  |
| — ascendant        | 23 |
| — angle droit      | 25 |
| — transverse droit | 31 |
| — multiple         | 10 |

Celle donnée enfin par le Pr Peycelon, en mars 1964, à propos de 122 cas :

|                    |    |
|--------------------|----|
| — valvule          | 10 |
| — cæcum            | 47 |
| — ascendant        | 27 |
| — angle droit      | 11 |
| — transverse droit | 26 |
| — néo double       | 1  |

### Aspect macroscopique

Macroscopiquement, la tumeur est, dans la majorité des cas, encéphaloïde, irrégulière, de volume variable (de celui d'un poing à celui d'une tête d'enfant). Intérieurement, elle est ulcéro bourgeonnante, rarement infiltrée ou squirreuse (deux fois).

A six reprises, nous avons noté une invagination :

- deux sur tumeur du fond cæcal (Obs. n° 15, n° 133) ;
- deux sur tumeur de l'ascendant (Obs. n° 14, n° 32) ;
- deux sur tumeur de la valvule iléo-cæcale (Obs. n° 34, n° 102).

La tête du boudin atteignait le tiers gauche du transverse moyen trois fois, et, sur un sarcome lymphoblastique de la valvule, la désinvagination tentée au cours de l'intervention fut impossible à cause de l'extrême striction du collet d'invagination. Même les essais sur la pièce opératoire furent infructueux et il fallut sectionner le collet pour parvenir à désinvaginer.

### **Envahissement local**

La tumeur a été retrouvée très souvent adhérente. En effet, 71 fois, soit 1 fois sur deux, il existait une extension locale intéressante :

- 17 fois la paroi postérieure,
- 14 fois la paroi antéro-latérale,
- 16 fois le duodéno-pancréas,
- 9 fois les dernières anses grêles,
- 6 fois les vaisseaux spermatiques,
- 4 fois la loge rénale et le rein droit,
- 4 fois les annexes droites,
- 2 fois le foie,
- 2 fois l'estomac,
- 1 fois la vésicule biliaire,
- 1 fois le rachis et la veine cave inférieure.

Cette extension aux organes de voisinage est à l'origine de trois fistules duodéno-coliques à point de départ angulaire droit (Obs. n° 62, 77 et 128) et d'une fistule iléo-cæcale sur cancer du cæcum (Obs. n° 105).

Nous n'avons noté aucune adhérence ou fistule entre le côlon droit d'une part, le dôme vésical, l'utérus ou le rectum d'autre part.

### **Envahissement métastatique**

Il a été retrouvé 22 fois soit dans 15 % des cas. Les métastases sont :

- péritonéales (5 fois avec 3 ascites),
- hépatiques (onze fois),
- épiploïques (deux fois),
- gastrique (une fois),
- duodéno-pancréatique (une fois),
- ombilicale (une fois),
- l'une d'elles siégeait dans le Douglas.

L'existence de métastases, surtout au niveau du foie, sans qu'elle les contre-indique, a limité le nombre des hémicolectomies en un temps.

### **Envahissement lymphatique**

Il se fait par l'intermédiaire des ganglions :

- épicoliques, au contact même de la paroi intestinale,
- para-coliques le long de l'arcade bordante,
- intermédiaires : groupe iléo-cæco-colique  
                                          groupe colique supérieur droit,
- principaux, à l'origine des gros troncs, tous ces ganglions se concentrant dans le groupe rétro-pancréatique.

Des adénopathies suspectes au niveau du ligament gastro-colique, du grand épiploon, du méso-côlon et du mésentère, pré ou rétro-pancréatique, parfois plus grosses que la tumeur elle-même, ont été prélevées 60 fois.

L'examen histologique a répondu : « simple inflammation, congestion ou prolifération lymphoïde » quarante-cinq fois et quinze fois seulement (soit 14 %) « envahissement néoplasique » (cinq fois il s'agissait de cancer du cæcum, quatre fois de l'ascendant, trois fois de l'angle droit, deux fois du transverse droit, une fois enfin du cæco-ascendant).

## SYMPTOMATOLOGIE

Après avoir donné la date d'apparition des premières manifestations cliniques par rapport au moment de l'intervention, nous envisagerons les symptômes en opposant les formes aiguës aux formes chroniques.

### DATE DE DEBUT.

— Quarante-sept malades (33 %) font remonter leur histoire clinique à moins de trois mois.

— Trente-quatre (24 %) la font remonter à un délai compris entre trois et six mois.

— dix-neuf (13 %) à un an.

— quarante-deux (30 %) à plus de un an.

### Formes aiguës

#### a) Occlusion.

L'occlusion intestinale est classiquement rare dans les cancers du côlon droit. Si elle est moins fréquente que pour le cancer du côlon gauche, du fait du calibre important et de la fluidité des matières, elle existe malgré tout dans une certaine proportion, diversement appréciée : Humm la chiffre à 8 %, Ranson à 11 %, Bienayme à 13,4 %, Koch à 23 %, Sédat à 30 % ainsi que Veyssière.

Sur nos 144 observations, la forme occlusive révélatrice a été retrouvée à 16 reprises, soit dans 11 % des cas. Il s'est agi de quatre cancers du cæcum, deux de l'ascendant, sept de l'angle droit, et trois du transverse droit. On voit donc, que dix fois sur seize, l'occlusion a été occasionnée par une tumeur de la région angulaire droite.

Le mécanisme occlusif a été en règle une obturation de la lumière colique par une masse ulcéro-bourgeonnante, une seule fois une invagination iléo-cæco-colique.

Nous n'avons jamais noté d'occlusion par brides inflammatoires ou par des adhérences.

b) *Les crises de sub-occlusion* ont été encore plus fréquentes que les occlusions vraies puisqu'elles ont été notées vingt fois, parfois répétées deux ou trois fois chez le même sujet, à intervalle variant de quelques heures à quelques semaines : crises douloureuses abdominales s'accompagnant de météorisme et se terminant par une débâcle gazeuse ou diarrhéique.

c) *L'infection* est un caractère prédominant des cancers coliques. Classiquement, à droite, les abcès sont plus fréquents que sur le reste du cadre colique.

Pourtant cette infection n'a été retrouvée que deux fois sous forme d'abcès :

— Obs. n° 55 : volumineux abcès de la fosse iliaque droite. Incision et drainage d'un abcès collecté autour d'un cancer du cæcum dérivé dans un second temps par iléotransversostomie latéro-latérale.

— Obs. 100 : violente crise douloureuse de la fosse iliaque droite. Température à 39°. Tuméfaction sous-ombilicale droite non fluctuante, douloureuse à la palpation. Intervention : volumineux néoplasme du côlon transverse droit, prolabé en bas et adhérant très fortement au mésentère d'une anse grêle. Lors de la séparation du transverse et de l'anse grêle, ouverture d'un cratère suppuré. Hémi-colectomie droite.

Trois fois, le cancer du côlon droit a été découvert au cours d'interventions faites avec le diagnostic d'abcès appendiculaire (deux cancers du cæcum : Obs. 37 et 48). (1 sarcome lymphoblastique de l'ascendant : Obs. n° 56).

Enfin, deux fois, l'appendicectomie faite quelques jours auparavant a été suivie d'une fistule pyostercorale révélant le cancer (Obs. n° 48 et 126). Ces appendicites sont la conséquence infectieuse du néoplasme colique droit.

Nous avons également observé :

— un gros néoplasme du fond cæcal perforé dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, sans péritonite (Obs. n° 58). La perforation était due à une nécrose tumorale ;

— un tableau de péritonite à la suite d'une perforation d'un cancer de l'ascendant associé à une virole néoplasique du transverse à sa partie moyenne (Obs. n° 132). Dans ce cas, à la nécrose tumorale, cause de la perforation, s'ajoutait la sténose du transverse moyen, responsable d'une volumineuse dilatation en amont.

### Formes chroniques

#### a) *La douleur.*

Elle a été notée 85 fois, soit dans 60 % des cas. 27 fois il s'est agi de crises coliques faites de douleurs apparaissant dans la fosse iliaque droite ou l'hypocondre droit, diffusant dans tout le cadre colique, se terminant brutalement par une débâcle gazeuse, parfois diarrhéique.

Mais le plus souvent elle n'a revêtu aucun caractère particulier, siégeant dans la fosse iliaque droite, l'hypocondre droit, la région épigastrique, péri-ombilicale ou lombaire droite, sans horaire précis, depuis la simple gêne jusqu'aux crises très douloureuses.

#### b) *Les troubles du transit.*

Il est classique d'opposer la constipation, signe d'alarme du côlon gauche, à la diarrhée, signe d'alarme du côlon droit.

En fait, la diarrhée est peu fréquente dans le cancer du côlon droit. Quarante de nos malades (soit 28 % seulement) ont présenté à une ou plusieurs reprises des épisodes diarrhéiques. Sur ces quarante, vingt-cinq étaient porteurs de cancer du cæcum ou de la région cæco-valvulaire.

La constipation a touché vingt-huit malades (20 % environ) presque tous porteurs de néoplasme de l'angle droit ou du transverse droit.

10 % enfin ont eu des alternances de diarrhée et de constipation.

c) *Les formes hémorragiques :*

Elles tiennent dans notre statistique une part importante. En effet nous avons noté :

- dix-huit fois une émission de sang rouge par l'anüs ;
- seize fois des mélénas ;
- six fois des épreuves de Weber positives ;
- soit quarante hémorragies intestinales (27 %).

Deux malades, avant de nous être adressés, ont été hospitalisés dans un service de médecine ou d'hématologie pour bilan d'anémie hypochrome. Les deux fois, le laboratoire avait mis en évidence un chiffre de globules rouges oscillant autour de 2.500.000. Des Weber positifs chez ces deux malades qui ne signalaient par ailleurs ni douleurs abdominales, ni troubles du transit, ni hémorragies intestinales visibles, ont fait pratiquer un lavement baryté objectivant les deux fois une localisation cancéreuse sur l'ascendant.

d) *Les formes tumorales :*

Quatre-vingt-dix-huit malades (67 %) étaient porteurs d'une masse palpable, siégeant le plus souvent dans la fosse iliaque droite et l'hypocondre droit, plus rarement dans la région épigastrique, para-ombilicale ou lombaire droite.

Selon le siège du cancer, selon l'évolution de la maladie, elles étaient soit mobiles soit déjà fixées, indolores ou au contraire sensibles à la palpation, bien limitées ou à contours flous. Leur volume variait de la taille d'une noix à celle d'une tête d'enfant (pour un néo de l'angle droit).

A plusieurs reprises, ces tumeurs ont été découvertes par les malades eux-mêmes, et par trois fois, elles ont été dépistées par le médecin traitant au cours d'examen systématique.

e) *Les formes avec atteinte de l'état général.*

Tous nos malades, à l'exception de deux ou trois, signalaient une altération de l'état général faite d'amaigrissement (parfois spectaculaire) d'asthénie, d'anorexie et de température sub-fébrile.

TABLEAU RESUMANT LA SYMPTOMATOLOGIE

| <i>Symptômes</i>          | <i>Nombre de cas</i> | <i>Pourcentage</i> |
|---------------------------|----------------------|--------------------|
| Tumeur .....              | 98                   | 67 %               |
| Douleurs abdominales ..   | 85                   | 60 %               |
| Troubles du transit       |                      |                    |
| Diarrhée .....            | 40                   | 28 %               |
| Constipation .....        | 28                   | 20 %               |
| Alternance .....          |                      | 10 %               |
|                           |                      | 58 %               |
| Hémorragies               |                      |                    |
| Sang rouge .....          | 18                   |                    |
| Melenas .....             | 16                   | 27 %               |
| Weber .....               | 6                    |                    |
| Occlusion .....           | 16                   | 11 %               |
| Etat général altéré ..... | 140                  | 98 %               |
| Infection .....           | 5                    |                    |



## EXAMENS RADIOLOGIQUES

Le diagnostic de cancer du côlon droit repose in fine sur l'examen radiologique représenté essentiellement par le lavement baryté, qui nécessite une technique excellente : nombreux clichés, incidences variées, réplétion, évacuation, insufflation. Nous ne nous arrêterons pas sur ces détails, la question relève du spécialiste.

Nous avons fait pratiquer 82 lavements barytés qui ont toujours objectivé la lésion cancéreuse, soit :

- sous forme d'image lacunaire marginale à contours flous, à bords irréguliers et raides, mieux vue après insufflation ;

- sous forme d'image lacunaire centrale traduisant le plus souvent une image bourgeonnante (rare) ;

- sous forme d'image d'amputation partielle ou totale du *cæcum* ;

- sous forme d'image d'arrêt complet au niveau de l'angle droit ;

- sous forme, le plus souvent, d'image de rétrécissement rigide ou tortueux, de quelques millimètres à sept ou huit centimètres, sur le côlon ascendant et le transverse droit.

Sur les cinq porteurs d'invagination, trois n'avaient pas eu de lavement baryté dans leurs examens pré-opératoires. Pour le quatrième, ce lavement avait montré une amputation du cul-de-sac *cæcal* non imprégné par la baryte, sans préciser radiologiquement l'existence ou non de l'invagination. Enfin pour le cinquième, la baryte avait révélé une image lacunaire de la région sous-angulaire droite avec « une disposition en cupule évoquant l'invagination ».

Outre le lavement baryté, il a été fait des radios de l'abdomen sans préparation à tous les porteurs d'occlusion, des radiographies vésiculaires et des radios gastriques seize fois.

A deux reprises, les radiographies gastro-duodénales ont objectivé une fistule duodéno-colique :

— Obs. n° 77 « au niveau du début de D<sub>3</sub>, la baryte s'insinue dans deux directions, à gauche dans le duodénum, à droite dans le côlon » ;

— Obs. n° 128 : « fistule duodéno-colique avec zone suspecte sur le segment efférent de l'angle droit qui est sans doute le point de départ de la fistule ».

Par ailleurs, dans une observation de néoplasme du fond cæcal, la radio gastrique avait révélé un arrêt de la bouillie immédiatement au-dessous de l'angle duodéal, arrêt qui a fait faire le diagnostic de sténose duodénale sus-vatérienne. Il s'est agi dans ce cas particulier, d'un néoplasme duodéal sus-vatérien associé à un épithélioma glandulaire du cæcum.

Dans l'Obs. 124, un transit du grêle a décelé une sténose jéjunale que l'on a rattachée à un néoplasme ou à un rétrécissement tuberculeux :

— il s'agissait en fait d'un cancer occlusif du cæco-ascendant.

Les examens radiologiques ont donc apporté à chaque fois la confirmation du diagnostic clinique, et, dans les cas où ils n'ont pas été pratiqués, la clinique n'a pas toujours permis d'apporter la preuve d'une localisation cancéreuse colique.

● Ainsi devant l'existence d'une masse de la fosse iliaque droite chez trois femmes sans aucun trouble digestif, a été porté le diagnostic de kyste ou tumeur de l'ovaire droit (Obs. n° 7, 34 et 142).

● Une fois a été porté celui de ptose rénale (Obs. n° 19).

● deux fois, celui de cholécystite (Obs. n° 22, 31).

● enfin, chez une de nos exceptionnelles malades en parfait état général a été porté le diagnostic de kyste du méso-côlon (Obs. n° 95).

Chez un homme de 38 ans, appendicectomisé onze ans auparavant (Obs. 18) porteur d'une masse douloureuse de la fosse iliaque droite, a été porté le diagnostic per-opératoire de tuberculose

intestinale à forme hypertrophique. La tumeur siégeait sur le fond du cæcum, était relativement mobile, ne sténosait nullement la valvule de Bauhin et n'était accompagnée d'aucune adénopathie perceptible dans le méso. Ce malade a subi une hémicolectomie en deux temps. L'examen de la pièce ouverte et l'histologie ont affirmé la nature épithéliomateuse typique (à l'heure actuelle, soit dix-neuf ans plus tard, ce malade a un excellent état intestinal et général).



## TRAITEMENT

Un de nos 144 malades, en très mauvais état général à son admission dans le service, est mort d'un cancer du cæcum avant d'avoir pu être opéré (Obs. n° 78 : diarrhée intermittente, masse tumorale de la fosse iliaque droite, fixée, dure, douloureuse. Etat général déplorable. Lavement baryté : amputation du fond cæcal. Apparition secondaire d'une ascite. Cachexie progressive et décès).

### Interventions

qui ont été :

#### A) PALLIATIVES (33 fois).

##### a) *dérivation interne* (29 cas) :

— sans exclusion :

seize iléo-transversostomies (dont une après drainage d'abcès et une après cæcostomie),

trois iléo-sigmoïdostomies,

— avec exclusion unilatérale :

dix iléo-transversostomies,  
et une iléo-sigmoïdostomie.

##### b) *dérivations externes* (4 cas) :

— deux iléostomies,

— deux cæcostomies.

#### B) RADICALES OU RADICALES PALLIATIVES (109 fois).

##### a) Une colectomie totale.

##### b) Huit hémicolectomies en deux temps dont une après cæcostomie.

##### c) Cent hémicolectomies en un temps.

## Préparation du malade

### a) Générale.

Examen clinique des différents appareils à la recherche d'une lésion cardiaque, rénale, hépatique, pulmonaire...

### b) Intestinale.

Cette préparation vise à assurer au mieux la vacuité et l'aseptie du côlon.

Elle commence six jours avant l'intervention et se fait de la façon suivante (dans le service).

|                      |                                           |             |
|----------------------|-------------------------------------------|-------------|
| 1 <sup>er</sup> jour | Sulfamides intestinaux, purge et lavement |             |
| 2 <sup>e</sup> jour  | » » » » »                                 |             |
| 3 <sup>e</sup> jour  | » » » » »                                 |             |
| 4 <sup>e</sup> jour  | » » » » »                                 |             |
| 5 <sup>e</sup> jour  | » » » » »                                 | restriction |
|                      | liquidienne et streptomycine (1,5).       |             |
| 6 <sup>e</sup> jour  | » » » » »                                 | restriction |
|                      | liquidienne et streptomycine (1,5).       |             |

## Anesthésie

Sur les cent hémicolectomies en 1 temps, il a été fait :

- sept rachi-anesthésies, la dernière datant de 1949 ;
- six interventions sous anesthésie locale en raison de l'âge avancé et du mauvais état général de certains malades ;
- quatre-vingt-sept anesthésies générales.

## Technique

Elle se résume presque uniquement aujourd'hui à la technique de l'hémicolectomie droite en un temps qui, pour des raisons anatomiques, est aussi logique sur le plan technique que sur le plan carcinologique.

En effet, tous les vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques du côlon droit sont groupés en un même pédicule et le sacrifice du

côlon droit pour cancer permet et exige la ligature à l'origine de tous les pédicules artériels :

artère iléo-cæco-appendiculaire, artère colique supérieure droite et colica-média, toutes branches de l'artère mésentérique supérieure,

veineux :

tous les troncs veineux étant des afférents droits de la veine mésentérique supérieure ;

lymphatiques :

ganglions épicoliques, paracoliques, intermédiaires et principaux qui se drainent tous dans le groupe rétro-pancréatique.

L'hémi-colectomie droite présente deux dangers classiques :

- 1° L'URETÈRE DROIT, rétropéritonéal, mais qui peut être englobé dans la tumeur ou dans une adénopathie ;
- 2° LA DEUXIÈME PORTION DU DUODÉNUM qui peut être menacée du fait d'une adhérence soit tumorale soit ganglionnaire.

*Nous décrirons cette intervention telle que la pratique actuellement le Professeur Pierre Bertrand.*

— Malade en décubitus dorsal, l'opérateur à droite.

— Incision longue, parallèle aux fibres du grand oblique depuis la pointe de la dixième côte droite jusqu'à la partie basse de la fosse iliaque, sur le bord externe du grand droit de l'abdomen. Cette incision traverse la peau, les trois couches musculaires de la paroi antéro-latérale, et le péritoine.

— Exploration reconnaissant d'abord la tumeur, en appréciant son siège, son volume, ses adhérences.

Recherche des métastases éventuelles, péritonéales ou hépatiques. Appréciation de l'envahissement ganglionnaire (l'existence de métastases ou d'un envahissement ganglionnaire n'est pas, sauf à de rares exceptions près, une contre-indication à l'hémi-colectomie droite).

— Libération du côlon.

- a) section du ligament gastro-colique et du grand épiploon : incision du ligament gastro-colique dans sa moitié droite entre la grande courbure et le cercle artériel et incision verticale du grand épiploon jusqu'au côlon transverse.
- b) libération de l'angle droit par section du ligament suspenseur.
- c) décollement colo-pariétal en incisant le péritoine dans la gouttière pariéto-colique.  
(en cas de tumeur basse, le premier temps de cette libération est la section du ligament gastro-colique. En cas de tumeur haute, le premier temps est le décollement colo-pariétal et celui de la dernière anse grêle).

— Mobilisation prudente du côlon droit et de son méso en veillant à l'uretère droit, aux vaisseaux spermatiques et au genu inferius du duodénum.

— Section des mésos :

- à dix ou quinze centimètres de la valvule iléo-cæcale sur l'iléon ;
- sur le transverse, plus ou moins loin à gauche en cas de tumeur du transverse droit ou de l'anse efférente de l'angle droit sinon en s'efforçant de respecter au mieux la colica média.

Cette section est conduite de la pointe des ciseaux d'abord au niveau du feuillet antérieur, puis du feuillet postérieur du méso, en direction du bord droit de la veine mésentérique supérieure, l'incision première des feuillets des mésos permettant d'isoler et de sectionner les vaisseaux entre deux ligatures.

- Section intestinale au bistouri électrique, une pince de Kocher écrasant le bout correspondant à la pièce opératoire, des pinces à intestin type pince de Judd maintenant le segment conservé, qui sera ultérieurement nettoyé.
- La pièce opératoire, libérée de toutes ses attaches, est alors retirée du champ opératoire.
- Fermeture de la brèche des mésos par points séparés au fil non résorbable. Cette fermeture est plus aisée à ce stade qu'après

l'anastomose et est poursuivie jusqu'à quatre ou cinq centimètres des tranches intestinales.

— Préparation des bouts intestinaux :

- simple au niveau de l'iléon (libération du mésentère sur 1/2 cm) ;
- plus difficile au niveau du transverse où il faut libérer sur 1/2 cm et ébarber non seulement le méso transverse mais aussi le ligament gastro-colique et le grand épiploon.

— L'anastomose, parfois termino-latérale ou latéro-latérale a été le plus souvent termino-terminale.

Ce type d'anastomose est pratiquement toujours possible. Il évite les culs-de-sac des anastomoses latéro-latérales ou termino-latérales. Mais, dans la majorité des cas, il existe un problème de congruence à résoudre.

Une taille oblique du bout iléal réduit partiellement l'incongruence et « en trichant » sur le bout colique où les points sont passés plus espacés que sur le bout iléal, une anastomose équilibrée peut être réalisée.

Cette anastomose est faite en un plan, séro-musculaire, ou en deux, séro-musculaire et muqueux.

— L'anastomose est laissée en plein ventre et l'intervention est terminée par l'exclusion de la gouttière pariéto-colique droite. Pour ce faire, la lèvre interne du péritoine antérieur est suturée aux fascia rétropéritoneaux. Commencée en bas où elle est facile, elle devient plus difficile en haut au niveau du duodénum où l'on manque d'étoffe postérieure et où il persiste parfois un hiatus que l'on comble en suturant le péritoine à de l'épiploon duodéno ou gastro-colique.

Le sac péritonéal est ainsi refermé.

— Fermeture de la paroi après drainage.

- soit à l'aide d'une tuile au niveau de la partie inférieure de la plaie.
- soit à l'aide de deux drains de Redon.

La ligature vasculaire première (technique de Turnbull) a été pratiquée douze fois.

Les six premières sont mentionnées dans la thèse de R. Chevillard « L'hémi-colectomie droite par ligatures vasculaires premières » (Obs. n° 1 à 6).

Les six autres constituent pour nous un nombre trop restreint pour que l'on puisse en tirer une quelconque conclusion.

La technique de base de l'hémi-colectomie droite en 1 temps est sujette à des variations en fonction de l'importance de la lésion, de l'existence ou non d'adhérences ou de métastases.

Les adhérences tumorales sont soit inflammatoires soit néoplasiques, mais la part entre l'inflammation et l'envahissement est souvent difficile à faire opératoirement.

- l'adhérence à la paroi postérieure a été notée 17 fois. Le plan de clivage a dû être le plus souvent très postérieur et, par deux fois, il a fallu emporter avec la pièce opératoire, les vaisseaux spermatiques (Obs. n° 105), le psoas, le fémoro-cutané, le nerf crural, et l'artère iliaque externe (Obs. n° 29) ;
- l'adhérence et l'envahissement à la paroi abdominale antérieure ont nécessité l'ablation partielle de cette paroi dans trois cas, avec les difficultés techniques qui en ont résulté pour la fermeture.

Les exérèses associées ont consisté par ailleurs :

- quatre fois en une néphrectomie droite ;
- cinq fois en une ovariectomie droite ;
- et une fois en l'ablation de la moitié inférieure du lobe droit du foie après isolement de la vésicule et du pédicule hépatiques laissés en place.

Quant aux trois fistules duodéno-coliques, l'une d'entre elles a pu être tarie par obturation facile des deux brèches ; une autre s'est présentée, après séparation du côlon et du duodénum, sous forme d'une brèche considérable nécessitant une duodéno-pancréatectomie céphalique associée à l'hémi-colectomie droite (Obs. n° 77). Quant à la troisième, importante elle aussi, elle a nécessité un Polya pré-colique et une exclusion par anastomose iléo-transverse termino-latérale.

En conclusion de ce chapitre nous retiendrons :

## SUR LE PLAN TECHNIQUE

### CINQ TYPES D'INTERVENTIONS.

- dérivations internes (iléotransversostomies et iléosigmoïdostomies),
- dérivations externes (iléostomies et cæcostomies),
- hémicolectomies en deux temps,
- hémicolectomies en un temps,
- colectomie totale.

Dans les *hémicolectomies en un temps*, l'anastomose a été :

- deux fois sur dix termino-latérale,
- deux fois sur dix latéro-latérale,
- six fois sur dix termino-terminale.

## SUR LE PLAN RESECABILITE.

Le taux de résécabilité sur l'ensemble de la statistique est de 75 %. Il est de 83 % pour ces dix dernières années.

Cette résécabilité varie avec le siège de la tumeur.

| <i>Siège</i>                 | <i>Nombre de cas</i> | <i>Nombre<br/>d'hémicolectomies<br/>en un temps</i> | <i>Pourcentage</i> |
|------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|
| Région cæco-valvulaire ..... | 16                   | 15                                                  | 94 %               |
| Cæcum .....                  | 37                   | 29                                                  | 78 %               |
| Ascendant .....              | 25                   | 19                                                  | 76 %               |
| Angle droit .....            | 39                   | 29                                                  | 75 %               |
| Transverse droit ..          | 15                   | 9                                                   | 60 %               |
| Cæco-ascendant ....          | 5                    | 3                                                   | 60 %               |
| Néo double .....             | 5                    | 1                                                   | 20 %               |
| Tout le colon .....          | 2                    | 0                                                   |                    |

## Indications thérapeutiques

Elles sont fonction de trois éléments :

- le malade lui-même (son âge, son état général),
- le moment où est pratiquée l'intervention,
- la manière dont est conduite l'intervention.

### I. CAS SIMPLES.

La préparation générale et intestinale du malade est faite soigneusement au cours des six jours qui précèdent l'intervention. La technique consiste alors essentiellement en une hémicolectomie droite en un temps, presque toujours réalisable même en présence de métastases, d'adhérences, ou d'envahissement ganglionnaire.

### II. CAS COMPLIQUES.

#### a) Occlusion.

Tous les malades vus en occlusion intestinale ont d'abord eu un essai de traitement médical en vue de faire céder cette occlusion (petits lavements hypertoniques et aspiration gastrique).

- ou bien le résultat a été positif et le malade a pu être préparé et opéré dans de bonnes conditions ;
- ou bien l'état général au départ était trop mauvais ou le diagnostic non fait et le malade a alors subi une dérivation externe ;
- ou bien enfin la tentative médicale s'est soldée par un échec et le malade a dû être opéré rapidement malgré les mauvaises conditions (réplétion intestinale) ;

A l'heure actuelle, la tendance dans le service, même dans ces conditions, est de pratiquer d'emblée une hémicolectomie droite en un temps. Il en a été ainsi pour les quatre derniers malades porteurs d'un cancer du côlon droit et vus en occlusion. Les interventions antérieures sur occlusion ont consisté en dérivations externes quatre fois, en dérivations internes six fois, en hémicolectomies en deux temps deux fois.

b) *Infection.*

En cas d'abcès, drainage suivi dans un deuxième temps d'une dérivation interne ou d'une hémicolectomie.

En cas de cancers opérés avec le diagnostic d'appendicite aiguë ou d'abcès appendiculaire, il a toujours été fait dans un deuxième temps une hémicolectomie droite après appendicectomie première.

c) *Perforation.*

Une des deux perforations a été sanctionnée par une hémicolectomie droite en un temps, l'autre, sur cancer double, a été dérivée par une anastomose iléo-transverse termino-terminale. Ces deux interventions se sont soldées par un décès post-opératoire immédiat.



## SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

### Sur 29 dérivations internes

Nous avons noté dix-neuf décès post-opératoires (63 %) :

- dix avant le vingt-cinquième jour (35 %),
- neuf entre le vingt-cinquième et le quatre-vingt-dixième jour.

### SUR CES 19 DÉCÈS,

*Six sont de cause abdominale :*

- une réintervention pour lachage de suture (Obs. n° 54) ;
- deux réinterventions précoces pour occlusion secondaire du grêle (Obs. n° 15 : iléostomie, décès ; Obs. n° 61 : section de brides, décès au bout d'un mois) ;
- une réintervention pour éviscération (Obs. n° 46 : décès dans un tableau pulmonaire aigu) ;
- une suppuration importante de la plaie abdominale avec baisse progressive de l'état général et décès au bout de deux mois (Obs. n° 36) ;
- une ascite néoplasique (Obs. n° 121 : décès au bout de trois mois).

*neuf sont de cause générale :*

- trois collapsus cardio-vasculaires dans les trois jours suivant l'intervention (Obs. n° 20, 25, 31) ;
- un déséquilibre hydroélectrique (Obs. n° 118) ;
- deux épisodes pulmonaires aigus :  
    (Obs. n° 1 : décès au bout de trois mois,  
    Obs. n° 132 : décès au bout de trois jours) ;
- deux embolies massives (Obs. n° 8, 33) ;
- deux fois la cause du décès n'a pas été précisée et
- deux fois, deux malades sont morts de cachexie progressive au bout de deux à trois mois (Obs. n° 55, 128).

Les suites opératoires ont autrement été simples, à l'exception d'un malade porteur d'une fistule très longue à se tarir.

## Dérivations externes

Sur quatre malades, quatre décès rapides de choc aux deuxième jour (Obs. n° 2, 9) au troisième (Obs. n° 47), au dix-neuvième (Obs. n° 6) (Observations toutes antérieures à 1953).

## Hémicolectomies droites

a) EN DEUX TEMPS : trois décès post-opératoires avant le vingt-cinquième jour sur huit opérés (37 %) :

- un choc (Obs. n° 7) ;
- une dilatation aiguë gastro-duodénale au douzième jour (Obs. n° 5) ;
- une suite de réintervention pour sténose du deuxième duodénum (Obs. n° 19). Toutes ces observations sont antérieures à 1946.

b) EN UN TEMPS : Vingt-cinq décès post-opératoires (25 %) :

- quinze avant le vingt-cinquième jour (15 %) ;
- dix entre le vingt-cinquième et le quatre-vingt-dixième.

### — Causes abdominales :

- une dilatation aiguë gastro-duodénale (Obs. n° 44),
- une réintervention pour occlusion secondaire du grêle (Obs. n° 22),
- quatre réinterventions pour lachage de suture (Obs. n° 28, 50, 52 et 93),
- une fistule pyo-stercorale (Obs. n° 24),
- une réintervention pour pyélite purulente (Obs. n° 45).

### — Causes d'ordre général :

- quatre collapsus cardio-vasculaires (Obs. n° 14, 35, 58 et 77),
- un infarctus mésentérique (Obs. n° 42),
- trois accidents pulmonaires aigus (Obs. n° 51, 79, 108),
- un coma urémique (Obs. n° 127),
- une phlébite ascendante (Obs. n° 34).

- enfin six malades sont morts de cachexie progressive ou de généralisation métastatique dans les trois mois qui ont suivi l'intervention et un est mort d'ictère par rétention deux mois après son hémicolectomie.

## SUR LE PLAN DE LA MORBIDITE :

(Les trois quarts des opérés ont eu des suites extrêmement simples). Vingt, par contre, ont eu des suites troublées :

- six suppurations pariétales (au niveau de l'orifice de drainage) taries spontanément ;
- quatre suppurations qu'il a fallu drainer ou aspirer ;
- quatre fistules longues à se tarir ;
- trois phlébites des membres inférieurs cédant au traitement anticoagulant ;
- un accident cardiaque réversible ;
- une hémorragie intestinale et une hématomérose cédant à l'arrêt du traitement anticoagulant.

Le taux des décès post-opératoires a considérablement diminué au fil des années.

Ainsi il était, pour toutes les interventions, de :

83 % entre 1931 et 1935  
60 % entre 1935 et 1945  
55 % entre 1945 et 1955  
24 % entre 1955 et 1960 et  
de 20 % après 1960 (huit palliatives et trente-trois hémicolectomies droites en un temps).

Ce taux varie en fonction des techniques chirurgicales et des conditions dans lesquelles sont pratiquées les interventions : ainsi il est de :

- 100 % pour les dérivations externes,
- 63 % pour les dérivations internes,
- 37 % pour les hémicolectomies en deux temps,
- 25 % pour les hémicolectomies droites en un temps.

En ce qui concerne ce dernier type d'intervention (cent fois pratiquée sur 143 cas), ce pourcentage est passé successivement de :

- 50 % entre 1945 et 1955 à
- 40 % entre 1955 et 1960 et à
- 12 % après 1960 (sur trente-trois hémicolectomies droites en un temps).

La mortalité opératoire et post-opératoire immédiate varie également en fonction du siège de la lésion cancéreuse :

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| ● région cæco-valvulaire | 31,5 % |
| ● cæcum                  | 32 %   |
| ● cæco-ascendant         | 20 %   |
| ● angle droit            | 40 %   |
| ● transverse droit       | 50 %   |
| ● néo double             | 100 %  |

et en fonction des formes de début de la maladie : Ainsi, sur vingt-trois formes compliquées au départ, il faut noter seize décès post-opératoires.

## SUITES ELOIGNEES

### Dérivations internes

Sur les dix malades qui ont passé le cap des trois mois,

- deux ont été perdus de vue ;
- un a été opéré trop récemment pour entrer en ligne de compte ;
- sur les sept restant, les survies se répartissent ainsi :
  - trois survies de six mois (Obs. n° 49, 67 et 112),
  - une survie de dix mois (Obs. n° 73),
  - deux survies de un an (Obs. n° 3, 74).
  - une survie de trois ans. Ce dernier malade (Obs. n° 111) a répondu au questionnaire qui lui a été adressé : il va très bien à l'heure actuelle.

### Hémicolectomies

#### A) EN DEUX TEMPS.

Cinq survies sur huit malades :

- une de quatre mois (Obs. n° 66),
- deux de un an (Obs. n° 10, 13),
- une de onze ans (Obs. n° 48),
- une de dix-neuf ans (Obs. n° 18).

Dans ces deux cas de survie prolongée, les malades ont actuellement un transit digestif normal ou sub-normal, ne ressentent aucune douleur abdominale, ont repris chacun une vingtaine de kilogs. et leurs activités antérieures.

#### B) EN UN TEMPS

Neuf malades ont été perdus de vue.

Cinq ont été opérés trop récemment pour que l'on puisse parler de survie.

On a pu enregistrer pour les autres :

- seize survies de six à douze mois,
- onze survies de un à deux ans,
- six survies de deux à trois ans,
- six survies de trois à quatre ans,
- six survies de cinq ans,
- quatre de six ans,
- deux de sept ans,
- trois de huit ans,
- une de neuf ans,
- une de douze ans,
- une de treize ans,
- une de quinze ans,
- une, enfin, de dix-neuf ans.

En conclusion de ce chapitre sur les résultats éloignés, on retiendra que :

— le pourcentage de survies au-delà de cinq ans est nul pour les dérivations internes et externes ;

— pour l'ensemble des hémicolectomies droites en un temps, cette survie au-delà de cinq ans est de l'ordre de 21 %, si l'on admet que tous les malades perdus de vue sont morts, ce qui, bien sûr, n'est pas du tout prouvé.

Ce taux de survies, nul au début de la statistique pour ces colectomies en un temps, est passé à 20 % en 1945 (paradoxalement) à 15 % en 1955, pour être de l'ordre de 33 % en 1959.

Un problème particulier est posé par les récidives. Notre statistique comporte en effet onze cas de récidives :

- soit dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal,
- soit sous forme d'adénopathies mésentériques,
- soit sous forme de généralisation péritonéale,
- soit sous forme de récurrence pariétale.

Leur apparition varie de trois mois pour l'une d'elles à dix-huit mois pour la plus tardive.

Six d'entre elles ont pu être enlevées chirurgicalement :

- quatre avec décès rapide (dont une avec néphrectomie associée),
- une survie de un an (ablation des annexes droites),
- une survie de trois ans (plus néphrectomie droite).

Les cinq autres étaient déjà au-delà de toute ressource chirurgicale et ont emporté les malades dans des délais relativement brefs.

## CONCLUSIONS

Notre travail porte sur 144 observations de cancer du côlon droit.

- La prédominance féminine est discrète (58 %) ;
- L'âge moyen est de 62 ans ;
- 83 % des cas ont été observés entre 51 et 80 ans ;
- Le cæcum et la région cæco-valvulaire ont été intéressés 53 fois, l'angle droit 39 fois, le côlon ascendant 25 fois, le transverse droit 15 fois ;
- Les symptômes d'alarme ont été par ordre de fréquence : la tumeur (67 %), les douleurs abdominales (60 %), les troubles du transit (58 %), l'hémorragie intestinale (27 %), et l'occlusion (11 %). Tous nos malades à quelques rares exceptions avaient un état général plus ou moins altéré.
- Quand il a pu être pratiqué, l'examen radiologique a toujours confirmé le diagnostic clinique.
- L'intervention a consisté :
  - 29 fois en dérivation interne,
  - 4 fois en dérivation externe,
  - 1 fois en colectomie totale,
  - 8 fois en Hémi-colectomie en deux temps,
  - 100 fois en Hémi-colectomie en un temps.
- Le taux de résécabilité est de 75 % pour l'ensemble de la statistique (de 83 % ces dix dernières années) ;
- Le taux de mortalité post-opératoire pour toutes les techniques est passé de :
  - 70 % dans les quinze premières années à
  - 40 % dans les quinze années suivantes et à
  - 20 % au cours de ces quatre dernières années (sur 41 interventions).

- En ce qui concerne les cent hémicolectomies en un temps, le taux de mortalité post-opératoire qui était de :
  - 50 % en 1950 est tombé à
  - 40 % en 1960 et à
  - 12 % par la suite (taux calculé ces quatre dernières années sur trente-trois hémicolectomies en un temps).
- Par décès post-opératoire, nous entendons tous les décès survenus à l'hôpital ou au domicile du malade dans les quatre-vingt-dix jours qui ont suivi l'intervention.
- Il y a lieu de noter dix récurrences entre trois et dix-huit mois : six d'entre elles ont été enlevées chirurgicalement, les quatre autres étaient inopérables.
- La survie au-delà de cinq ans est de 23 % pour les cent hémicolectomies en un temps, de 17 % pour l'ensemble de la statistique.

Les résultats de ce travail paraissent très pessimistes. Toutefois à leur décharge, il faut rappeler :

- que cette statistique remonte à 1931 et porte sur trois décades ;
- que l'âge moyen de nos malades est de 62 ans ;
- que le taux de résécabilité est de l'ordre de 75 % ;
- qu'enfin, aucune laparotomie ne s'est contentée d'être exploratrice.

Et, si le taux de mortalité post-opératoire s'amenuise d'année en année, si la survie au-delà de cinq ans croît peu à peu, il n'en reste pas moins vrai que le cancer du côlon droit a un pronostic très sombre, en tous cas beaucoup plus mauvais que celui du côlon gauche auquel on a coutume de le comparer.

Vu :

*Le Doyen,*  
J.-F. CIER

Vu :

*Le Président de la Thèse,*  
P. BERTRAND.

*Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 2 Novembre 1964.*

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
P. LOUIS

## RESUME DES OBSERVATIONS

OBSERV. N° 1. — Mme F..., 70 ans.

Coliques abdominales légères. Constipation. Grosse masse cæcale. T.V. : Masse droite, mobile, non douloureuse que l'on pense être une réaction inflammatoire autour d'un appendice antérieurement malade.

23-11-1931 : R.A. néoplasme de l'angle droit avec distension du cæcum qui est épais, rouge, œdémateux. Iléo-transversostomie latéro-latérale en deux plans.

Suites extrêmement simples jusqu'au 10<sup>e</sup> jour, puis température à 39°. 3 mois après, décès de bronchopneumopathie aiguë.

OBSERV. N° 2. — M. G..., 55 ans.

Occlusion aiguë du gros intestin. Tumeur perçue au bord externe du grand droit.

14-3-31 : A.G. Cancer de l'anse efférente de l'angle droit. Cæcostomie. Décès post-opératoire.

OBSERV. N° 3. — Mme B..., 75 ans.

23-7-32 : A.L. Cancer du transverse droit. Exclusion uni-latérale par implantation iléo-sigmoïdienne termino-latérale au gros bouton de Villard.

Suites simples.

Décès au bout de un an, de cause inconnue.

OBSERV. N° 4. — M. M..., 66 ans.

Malade vu en occlusion aiguë et en très mauvais état général (ictère).

4-8-34 : A.G. Volumineuse tumeur de l'angle droit paraissant relativement mobile. Le cæcum, très œdématisé est accolé à la dernière anse iléale. Exclusion unilatérale par iléo-transversostomie termino-latérale au gros bouton de Villard, avec résection du grêle à trente cm de la valvule.

Décès le 18<sup>e</sup> jour, cause non précisée.

OBSERV. N° 5. — B..., 46 ans.

Depuis 6 mois, constipation opiniâtre, amaigrissement de 8 kg en six mois. Perception d'une masse mal délimitée dans la F.I.D.

19-9-34 : iléo-transversostomie termino-latérale au bouton de Villard sous A.G.

12-10-34 : A.G. exérèse de la tumeur.

Epithélioma glandulaire typique. Ganglions non envahis. Suites simples pendant 12 jours, puis vomissements de sang noir, petit frisson et décès.

Vérification : dilatation aiguë post-opératoire.

OBSERV. N° 6. — Mme R..., 68 ans.

Vieux passé digestif considéré ces derniers mois comme un néoplasme gastrique. Puis apparition de crises coliques qui aboutissent à une occlusion aiguë.

20-11-34 : A.G. Anses grêles très dilatées. Tumeur de l'angle droit (anse efférente). Iléostomie.

Décès le 9-12-34.

OBSERV. N° 7. — Mme G..., 59 ans.

Le 23-1-35 occlusion du gros intestin datant au moins de huit jours.

A.L. Cæcostomie sur un cæcum près à éclater. Mise en place d'un tube de Paul. Issue d'un flot de liquide.

Par la suite, L.B. : Dolicocôlon et arrêt de la baryte au niveau de l'angle droit. Un index introduit par l'anus cæcal montre une tumeur sténosante en forme de col utérin. T.V. : diagnostic de fibrome ou de kyste enclavé par la tumeur pelvienne.

15-2-35 : A.G. Laparotomie sous-ombilicale médiane. Tumeur de l'angle droit, mobile. Exclusion unilatérale par iléo-transversostomie.

20-2-35 : occlusion du grêle : iléostomie dans la FIG.

Suites : l'iléostomie a bien fonctionné, mais persistance de coliques probablement d'origine péritonéale.

25-3-35 : A.G. Fermeture de la cæcostomie. Hémicolectomie droite. Mikulicz. 3 mèches.

Intervention longue. Malade très choquée. Décès le soir même. Vérification : ne montre rien d'autre que ce qui a été constaté à l'opération.

OBSERV. N° 8. — M. B..., 60 ans.

Amaigrissement de 8 kg en quatre mois avec diarrhée, hémorragies intestinales. Tumeur assez mobile de la FID.

23-1-36 : A.G. Exclusion unilatérale, Implantation iléo-transverse au gros bouton de Villard pour gros néoplasme très mobile du cæcum. Suites simples pendant 4 semaines.

Mort subite le 23-2-36, d'embolie massive.

OBSERV. N° 9. — M. B..., 67 ans.

Cancer du cæcum chez un homme à l'état pre-mortem vu en occlusion aiguë.

3-3-38 : Mac Burney. Cancer du cæcum. Iléostomie.

Décès post-opératoire.

OBSERV. N° 10. — M. T..., 52 ans.

Tumeur de l'hypocondre droit. Amaigrissement. Quelques coliques.

13-9-38 : R.A. Exclusion unilatérale.

1-10-38 : R.A. Incision iliaque droite. Hémi-colectomie droite. Ganglions importants. Cancer du cæcum.

Epithélioma glandulaire typique. Ganglions envahis.

Suites simples.

Décès 1 an après pour cause inconnue.

OBSERV. N° 11. — Mme C..., 76 ans.

Occlusion aiguë du gros intestin.

1-10-41 : A.L. Enorme cæcum. Cancer de l'angle droit. Anastomose latéro-latérale iléo-sigmoïdienne.

Suites simples pendant 3 mois.

Décès pour cause inconnue.

OBSERV. N° 12. — M. V..., 73 ans.

Depuis un an : diarrhée traitée pour entérite chronique. Amaigrissement de 6 kg en trois mois. L.B. : défilé cæcal.

25-3-42 : A.L. Incision para-rectale droite. Néoplasme du fond cæcal mobile. Hémi-colectomie droite. Anastomose termino-latérale.

Pièce : à l'ouverture, volumineux néoplasme occupant la plus grande partie du cæcum. Néoplasme en choux-fleur.

Epithélioma glandulaire typique.

Malade perdu de vue.

OBSERV. N° 13. — Mme S..., 61 ans.

Depuis 1 an, alternance de diarrhée et de constipation. Selles sanglantes. Amaigrissement de 20 kg. Tumeur mobile du volume d'une grosse orange dans la FID.

Le 29-8-42 : R.A. Gros néo mobile du cæcum. Exclusion unilatérale : iléotransversostomie.

15-9-42 : A.L. Hémi-colectomie droite. Fermeture du ventre par suture du péritoine antérieur au péritoine postérieur.

Epithélioma glandulaire typique.

Suites simples. Survie de un an.

OBSERV. N° 14. — Mme B..., 61 ans.

Depuis 6 mois, coliques sans siège précis. Amaigrissement, asthénie. Sang dans des selles diarrhéiques. Masse palpable dans la FID.

Le 6-8-43 : R.A. Tumeur du côlon invaginée, parfaitement mobile, sans métastase visible. Hémi-colectomie droite, anastomose iléo-transverse.

Décès six jours plus tard (choc opératoire).

OBSERV. N° 15. — M. M..., 61 ans.

Depuis 2 ans, troubles intestinaux vagues attribués à un ténia, rejeté 3 ans auparavant. Constipation. Etat général altéré. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : amputation du cul-de-sac cæcal non imprégné par la baryte.

13-1-44 : R.A. Il s'agit d'une invagination iléo-cæco-colique. Désinvagination prudente : néoplasme du fond du cæcum. Exclusion unilatérale par anastomose latéro-latérale iléo-transverse.

7 jours plus tard, ballonnement abdominal intense. Vomissements noirâtres et atteinte de l'état général.

21-1-44 : iléostomie.

Décès le 22.

OBSERV. N° 16. — Mme B..., 76 ans.

Depuis deux ans, amaigrissement de 30 kg. Constipation. Depuis 2 mois, perte de l'appétit et tumeur dans la FID, à contours tourmentés, très nets, peu mobile, très dure, un peu douloureuse.

14-2-44 : A.L. Tumeur immédiatement sous-cæcale. Exclusion unilatérale par anastomose latéro-latérale iléo-transverse.

Suites très simples.

Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 17. — M. D..., 66 ans.

Deux ans auparavant, épisode dysentérique avec 15 à 20 selles par jour, liquides, ne contenant pas de sang. Cette crise a duré 3 semaines. Il y a trois semaines, crises coliques très douloureuses siégeant dans la région sus-ombilicale, en barre. Amaigrissement de 20 kg en trois ans.

13-5-44 : R.A. Néoplasme de la face antérieure du fond cæcal qui s'est invaginé et désinvaginé spontanément. Hémicolectomie droite termino-latérale.

— Examen histologique : les fragments adressés sont dans un état d'autolyse avancé. De ce fait, ils échappent à toute étude cytologique tant soit peu précise.

Suites opératoires simples.

Etat général excellent jusqu'en décembre 63 : décès de congestion pulmonaire et escarres (survie de 19 ans).

OBSERV. N° 18. — M. B..., 38 ans.

Appendicectomie onze ans auparavant. Depuis 4 mois, asthénie, anorexie. Depuis 3 mois, diarrhée avec vomissements alimentaires. Petite tumeur peu douloureuse dans la FID. LB : amputation cæcale.

30-6-45 : A.G. Tumeur du fond cæcal relativement mobile, mais adhérent au péritoine pariétal au niveau de la cicatrice antérieure. La tumeur est dure, ne sténose nullement la valvule de Bauhin. Le grêle sus-

jacent n'est ni dilaté ni invaginé. Pas de ganglion perceptible dans le méso. On est perplexe quant à la nature de la lésion, mais on croit plutôt qu'il s'agit d'une tuberculose à forme hypertrophique en raison de l'existence sur quelques anses grêles d'adhérences par péritonite plastique. On décide de pratiquer une iléo-transversostomie termino-latérale afin d'exclure la lésion et de l'enlever secondairement.

23-7-45 : Incision latérale droite. Hémicolectomie droite. Un drain lombaire.

Pièce : à l'ouverture, il s'agit manifestement d'un cancer.

Epithélioma glandulaire typique.

Survie de 19 ans. A l'heure actuelle, très bon état général.

OBSERV. N° 19. — Mme B..., 55 ans.

Depuis 3 mois, douleurs de l'hypocondre droit avec perception d'une masse mobile qui a été prise pour une ptose du rein. Depuis 3 mois, syndrome de Koenig. A l'examen, énorme tumeur (tête d'enfant). Mauvais état général. L.B. : Sténose de l'ascendant.

17-9-45 : A.L. Enorme masse qui paraît mobile sur la partie haute de l'ascendant et droite du transverse. Exclusion unilatérale par implantation termino-latérale iléo-transverse.

1-10-46 : A.L. Incision iliaque droite. Tumeur énorme tenant surtout en arrière dans la fosse lombaire. Libération de la dernière anse grêle. La tumeur tient au pôle supérieur du rein. Hémicolectomie droite et néphrectomie droite.

Epithélioma glandulaire atypique.

Suites d'abord simples. Impression d'une guérison imminente quand apparurent, 15 jours plus tard, des signes de sténose aiguë du pylore (radio : sténose sus-vatérienne de D2).

18-11-45 : A.L. Médiane. Enorme masse dont on ne peut préciser la nature, bloquant la région sous-hépatique. GEAPTCM au bouton de Jaboulay.

Décès le 20.

OBSERV. N° 20. — Mme G..., 62 ans.

Depuis 3 mois, anorexie, diarrhée fréquente, amaigrissement considérable. Masse dure, bosselée, irrégulière, douloureuse, immobile, dans la FID, remontant jusqu'à deux travers de doigt du bord costal.

21-9-45 : A.L. Enorme masse occupant tout le côlon droit. Exclusion unilatérale par iléotransversostomie termino-latérale.

Décès le même jour.

OBSERV. N° 21. — Mme M..., 68 ans.

Deux séjours dans un service de médecine : 10 mois auparavant pour syndrome douloureux abdominal. Examen clinique négatif. Radiographies

gastriques négatives. Le 22 octobre 1945 : signes de sténose pylorique. Radio : aspect lacunaire du pylore qui peut être interprété comme un ulcère ou un néoplasme. Arrêt de la bouillie immédiatement au-dessous de l'angle duodénal, qui fait faire le diagnostic de sténose duodénale sus-vatérienne.

30-10-45 : A.L. Estomac très dilaté, manifestement de sténose. La première portion du duodénum est elle-même étirée et large. La vésicule apparaît très grosse, sous tension, sans aucun calcul en son intérieur : elle est libre de toute adhérence et rien ne paraît expliquer de façon satisfaisante la sténose duodénale. Exploration de l'étage sous-mésocolique : grêle normal. On découvre sur le fond du cæcum un néoplasme, entièrement libre. Il y a quelques ganglions mésocoliques. Tout cela n'expliquant pas la sténose duodénale, on revient à l'exploration de l'étage sus-mésocolique. La palpation soigneuse de la tête pancréatique fait découvrir un noyau très dur : décollement duodéno-pancréatique. On voit alors très nettement, sur la face antérieure de D2 la manifestation extérieure d'un néoplasme et il semble bien que ce que l'on avait d'abord eu l'impression d'être un noyau pancréatique est en réalité un néoplasme duodénal sus-vatérien. Ainsi s'explique la sténose clinique et radiologique. Etant donné l'existence du cancer du cæcum, on ne peut songer qu'à une opération palliative. Gastro-entéro-anastomose postérieure trans-mésocolique en trois plans à la suture au fil de lin.

Exitus brusque le lendemain.

OBSERV. N° 22. — Mme D..., 72 ans.

Passé hépatique très chargé. Depuis 4 mois, migraines, vomissements abondants, douleurs dans l'hypocondre droit, ictère souvent important mais variable. Mauvais état général. Diagnostic de cholécystite. Sang rouge dans les selles.

15-6-46 : A.L. Vésicule saine. Il s'agit en réalité d'un cancer du cæcum auquel est venue adhérer la partie droite du transverse. Hémicolectomie droite (termino-latérale). Suites simples les trois premiers jours. Au quatrième jour, vomissements, ballonnement, température, pas d'émission de gaz.

19-6-46 : A.L. Liquide séreux louche, sans odeur à l'ouverture du ventre. Iléostomie. Issue de gaz et de matières.

Décès le 21-6 de collapsus progressif.

Épithélioma intestinal typique.

OBSERV. N° 23. — Mme L..., 65 ans.

Il y a un mois, crise de sub-occlusion. Coliques accompagnées de gargouillements. Vomissements. Constipation tenace, ballonnement abdominal. L.B. : lacune du cul-de-sac cæcal avec déchiquettement du fond.

24-8-46 : R.A. Néoplasme immédiatement sus-valvulaire du cæcum avec légère dilatation du grêle. Hémicolectomie droite (termino-terminale). Epi intestinal atypique avec sécrétion colloïde.  
Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 24. — M. M..., 74 ans.

Depuis 19 ans, deux à trois épisodes diarrhéiques par an avec douleurs à type de coliques. Tumeur palpable, dure, douloureuse, dans la FID, retrouvée au T.R. L.B. : image lacunaire de l'anse efférente de l'angle droit. Stase de la bouillie en aval.

17-12-46 : R.A. Volumineux néoplasme (orange) situé sur l'anse efférente de l'angle droit. Ce néo est à la limite de l'opérabilité parce que :

- 1° Il adhère à la partie basse de la grande courbure de l'estomac ;
- 2° Il tient surtout énormément en arrière à la face antérieure de D3.

Libération gastrique facile. Libération plus pénible du duodénum, mais on parvient à libérer sans ouverture intestinale de part et d'autre. Hémicolectomie droite (termino-latérale) Iléostomie de décharge dans la FIG.

Epi glandulaire atypique.

Le 4-1-47 : fistule pyo-stercorale dans la région lombaire. Drainage avec aspiration continue.

Le 12, décès.

OBSERV. N° 25. — M. P..., 68 ans.

Depuis 2 mois, coliques violentes et nausées. Constipation opiniâtre. E.G. altéré. Tumeur perçue dans la FID.

23-12-46 : R.A. Néoplasme en ficelle sur la partie droite du transverse avec énorme dilatation en amont. Le cæcum est distendu, prêt à éclater. Anastomose iléotransverse latéro-latérale.

Décès 3 jours après.

OBSERV. N° 26. — Mlle C..., 71 ans.

Amaigrissement. Syndrome de Koenig. Tumeur de la FID.

6-8-47 : R.A. Cancer du fond cæcal et de la valvule de Bauhin. Hémicolectomie droite : implantation iléo-transverse.

10-8-47 : Pas de gaz. Iléostomie dans la FIG.

Survie de plus de 5 ans, puis perdue de vue.

OBSERV. N° 27. — Mme B..., 63 ans.

Début apparent 6 mois auparavant : douleurs imprécises dans l'abdomen, quelques coliques, légère sensibilité de la FID. 3 mois auparavant, examen clinique négatif.

L.B. : Néo du cæcum.

7-1-48 : R.A. Grosse tumeur cœcale adhérente à la paroi abdominale antérieure qu'il faut sculpter pour la libérer. Hémicolectomie droite : iléo-transversostomie latéro-latérale.

— Pièce : gros cancer encéphaloïde.

— Epi glandulaire typique.

Octobre 48 : masse au niveau de la cicatrice plongeant profondément, paraissant d'une mobilité suffisante pour être enlevée.

Le 15-10-48 : R.A. dissection de la tumeur qui oblige au sacrifice d'une portion importante des muscles larges et qui empiète assez largement sur la gaine du droit. La tumeur plonge dans le tissu sous-péritonéal, remontant haut sur la face antérieure du rein. Néphrectomie droite. Difficultés pour fermer la paroi qui ne peut l'être qu'aux extrémités de l'incision.

Suites simples. A survécu trois ans.

OBSERV. N° 28. — M. G..., 44 ans.

Depuis 4 mois, crises coliques E.G. altéré, masse palpable dans la FID. L.B. : image lacunaire du transverse droit.

25-8-48 : A.G. Néoplasme de la partie droite du côlon transverse, sur un côlon dont l'angle droit non accolé est entièrement mobile. Hémicolectomie droite (latéro-latérale). Présence de deux gros ganglions pré-pancréatiques qui ont pu être enlevés avec le méso.

— Pièce : Néoplasme ulcéré en virole.

— Epi glandulaire typique.

— Suites : pas d'émission de gaz. Clapotage. Un lavage d'estomac retire une grande quantité de liquide noirâtre.

— 28-8-48 : A.L. Sang dans le péritoine. Aspiration de 200 cc de sang rouge non coagulé. Pas de dilatation du grêle mais les anses sont agglutinées par des dépôts fibrineux. Il se dégage d'autre part une odeur nauséabonde et on voit filtrer un liquide louche venant de la région anastomotique.

A.G. L'anastomose présente un aspect gangréneux. On ne cherche pas à mettre en évidence la perforation. Trois mèches. Iléostomie à 15 cm en amont de l'anastomose. Un drain.

Décès le soir de la réintervention.

OBSERV. N° 29. — Mme B..., 70 ans.

Début clinique il y a 7 mois par une scène qui a pris le masque d'une appendicite aiguë et qui fut traitée par la glace et le repos. Baisse de l'E.G., diarrhée intermittente. Tumeur de la FID, immobile et fixée. L.B. : amputation cœcale.

— 8-12-48 : R.A. Cancer du cæcum très fixé en arrière au fascia iliaca. Hémicolectomie droite (latéro-latérale) avec résection du psoas, du fémoro-cutané, du nerf crural, et de l'artère iliaque externe.

— Epi glandulaire typique.

— Décès au bout de deux mois de cachexie.

OBSERV. N° 30. — Mme M..., 63 ans.

Depuis 6 mois, douleurs de l'hypocondre droit et de la FID à type de coliques. Tumeur palpable dans l'hypocondre droit. L.B. : image d'amputation de l'angle droit.

— 11-5-49 : A.G. Néoplasme de l'anse efférente de l'angle droit sans aucune manifestation ganglionnaire perceptible. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

— Pièce : tumeur bourgeonnante occupant les deux tiers de la circonférence et laissant libre le bord mésentérique.

— Epi glandulaire colloïde.

— Survie de 15 ans. Très bon état général actuel.

OBSERV. «° 31. — Mme C..., 68 ans.

Depuis deux ans, crises douloureuses de l'hypocondre droit, nausées, vomissements bilieux, légères poussées ictériques. Tumeur palpable dans l'hypocondre droit.

Diagnostic : cholécystite.

— 16-7-49 : R.A. Ascite dans le grand ventre. Néoplasme du côlon ascendant avec multiples greffes épiploïques et péritonéales. Iléotransversostomie latéro-latérale.

— Décès le lendemain dans le collapsus.

OBSERV. N° 32. — Mme P..., 76 ans.

Hystérectomie 39 ans auparavant pour fibrome. Depuis un an, douleurs périombilicales sourdes. Constipation, E.G. altéré. Anémie à 3.400.000 G.R. Tumeur palpable dans la FID, allongée, cylindrique, très mobile. L.B. : image lacunaire de la région sous-angulaire droite mais cependant avec une disposition en cupule évoquant l'invagination.

— 26-7-49 : R.A. Tumeur de l'ascendant invaginé. La tête du boudin atteint le tiers externe du côlon transverse. Hémi-colectomie droite (termino-latérale).

— Epithélioma glandulaire colloïde du gros intestin.

— Au sixième jour, phlébite du membre inférieur gauche.

— Survie de trois ans.

OBSERV. N° 33. — Mme M..., 44 ans.

Occlusion chronique du gros intestin par cancer de l'angle droit soigné depuis deux ans pour un ulcère du duodénum. L.B. positif.

— 9-9-49 : A.G. Cancer volumineux de l'angle droit, fixé à la paroi abdominale postérieure. Nombreux noyaux métastatiques dans le lobe droit. Iléotransversostomie latéro-latérale au bouton de Villard.

— Décès au bout d'un mois, d'embolie massive.

OBSERV. N° 34. — Mme P..., 77 ans.

Depuis un an, douleurs épigastriques en ceinture avec irradiation postérieure. Diarrhée. Anorexie. E.G. altéré. Volumineuse masse de la grosseur d'un poing, ferme, douloureuse à la pression, mobile, bien limitée, dans la région ombilicale. Diagnostic : tumeur maligne tordue de l'ovaire droit.

19-10-49 : A.G. Très volumineuse invagination iléo-cæco-colique dont la tête a progressé jusqu'au-delà de la portion moyenne du transverse. La désinvagination tentée est impossible parce que le péritoine s'éraïlle et que le collet de l'invagination est extrêmement serré. Hémicolectomie droite.

— Pièce : les essais de désinvagination même sur la pièce sont infructueux. Il faut sectionner le collet pour parvenir à désinvaginer. A l'ouverture, muqueuse cæcale presque entièrement gangrenée. Pas de polype, pas de tumeur maligne apparente. Peut-être simplement au niveau de la valvule de Bauhin un point suspect que l'on prélève.

— Sarcome lymphoblastique de la valvule de Bauhin envahissant et détruisant la paroi musculaire de l'intestin.

— Suites simples pendant 4 jours. Au cinquième jour, température, œdème volumineux de la jambe et de la cuisse gauche prenant l'allure d'une véritable phlébite. Oligurie. Température oscillante. L'œdème progresse de plus en plus, remonte jusqu'au niveau de la paroi abdominale.

— Décès le 28-10-49.

OBSERV. N° 35. — Mlle D..., 67 ans.

Tumeur palpable de l'hypocondre droit. L.B. : sténose de l'angle droit.

— 15-4-50 : A.G. Gros néo de l'angle droit adhérent à D2. Enorme ADP du ligament gastro-colique, du grand épiploon et du méso-côlon. Hémicolectomie droite (latéro-latérale).

— Epithélioma atypique. Ganglions envahis.

— Décès le douzième jour.

OBSERV. N° 36. — Mme E..., 64 ans.

Depuis six mois, baisse de l'E.G. Constipation, douleurs abdominales à type de coliques paroxystiques. Depuis quinze jours, abdomen ballonné et distendu. Depuis cinq jours, arrêt des matières et des gaz.

28-9-50 : Anus cæcal. Grosse sonde de Pezzer.

9-11-50 : A.G. Néof ormation de la partie droite du côlon transverse. Iléotransversostomie termino-latérale.

— Décès le 24-11 (état déplorable). Suppuration importante de la plaie abdominale, vomissements).

OBSERV. N° 37. — Mme C..., 54 ans.

Hystérectomie et castration quatre ans auparavant pour tumeur wolffienne de l'ovaire droit. Opérée il y a quinze jours avec le diagnostic d'appendicite aiguë : « dès l'ouverture du péritoine, on tombe sur une tumé-

faction d'allure polykystique à contenu hématique. L'exploration montre une tumeur en macaron plaquée contre la fosse iliaque, intéressant la paroi cæcale externe qui est irrégulière, cartonnée, donnant l'impression d'une tumeur. L'appendice est sain. Prélèvement d'un fragment. »

— Epi glandulaire faisant penser à une tumeur wolfienne.

— 17-11-50 : A.G. Pour mobiliser le cæcum qui adhère à la fosse iliaque et à la paroi abdominale antérieure, on est obligé de tailler dans les muscles de la paroi et dans ceux de la fosse iliaque. Hémicolectomie droite (latéro-latérale).

— Epithélioma certain évoquant une tumeur wolfienne de l'ovaire.

— Suites opératoires simples.

— Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 38. — Mme C..., 76 ans.

Découverte par la malade il y a un an d'une masse dans la FID. Depuis neuf mois, température sub-fébrile, douleurs abdominales vagues, constipation, amaigrissement. L.B. : néoplasme colique du transverse droit.

— 24-1-51 : A.G. La tumeur siège sur la branche efférente de l'angle droit accolée au duodénum et au ligament gastro-colique rétracté. Hémicolectomie droite termino-terminale.

— Pièce : tumeur encéphaloïde de la grosseur d'un poing d'adulte.

— Epi intestinal colloïde. Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 39. — Mme D..., 39 ans.

Il y a deux ans, apparition d'une tumeur de l'hypocondre droit. Depuis quinze mois, alternance de diarrhée et de constipation. E.G. altéré.

10-9-50 : A.G. Tumeur cæcale avec adénopathies macroscopiquement envahies. Hémicolectomie droite (termino-latérale). Ablation de tous les ganglions suspects.

— Epi glandulaire orthoplasique. Ganglions envahis.

— Récidive locale six mois après.

17-3-51 : A.G. Médiane sus et sous-ombilicale enlevant l'ombilic qui est envahi. L'Exploration montre :

1° une récidive ganglionnaire adhérent très largement à la paroi abdominale au niveau de la cicatrice.

2° Une récidive au niveau de l'anastomose. La malade n'a pas eu de transit normal depuis l'intervention.

— 11-4-51 : A.G. Très nombreuses adhérences des anses grêles entre elles et avec la paroi abdominale. Iléo-sigmoidostomie latéro-latérale.

— Suites opératoires simples les trois premiers jours. Mais, dès le quatrième jour, coliques violentes avec diarrhée. Etat cachectique avancé. Déshydratation rapide. Vomissements. Décès.

OBSERV. N° 40. — Mme G..., 60 ans.

Depuis six mois, douleurs abdominales imprécises. Constipation. Masse palpable dans la FID. L.B. : côlon droit très mal imprégné avec vaste image lacunaire au niveau du côlon ascendant.

25-5-51 : A.G. Très volumineux néoplasme encéphaloïde de l'anse afférente de l'angle droit avec ADP considérable du mésocôlon. On libère avec quelques difficultés cette masse du duodénum.

Hémi-colectomie droite (termino-latérale).

— Epithélioma tubulé infiltrant. Ganglion envahi.

— Suites opératoires simples.

— Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 41. — M. L..., 62 ans.

Deux ans auparavant, douleurs post-prandiales sous-ombilicales et constipation. Un transit gastro-duodénal montrait alors un estomac de type nettement inflammatoire avec grosse irrégularité du bulbe à peu près constante et un côlon droit tout petit, rétracté. Traitement médical qui entraîne une amélioration importante.

— Un an après, reprise des douleurs. Hospitalisation dans un service de Médecine. Radios gastro-duodénales normales, ainsi que le transit du grêle.

En mai 51, L.B. : image lacunaire au niveau du cæcum.

26-5-51 : A.G. Néoplasme de la face postérieure du cæcum. Hémi-colectomie (latéro-latérale).

— Epithélioma intestinal ulcéré. Ganglion non envahi.

— Suites opératoires simples.

— Survie de treize ans. Excellent état général à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 42. — M. P..., 51 ans.

Depuis un an, constipation chronique. Il y a quatre mois, crise de sub-occlusion. Depuis, crises fréquentes. Amaigrissement de 15 kg en quatre mois. L.B. : image lacunaire cæcale.

1-9-51 : A.G. Tumeur du cæcum. ADP mésentérique discrète, d'aspect inflammatoire. Hémi-colectomie droite.

Dans le courant de l'après-midi, choc intense, refroidissement des extrémités. Décès.

Vérification : rien au cœur. Le jéjuno-iléon apparaît couleur lie de vin. Il s'agit vraisemblablement d'un infarctus mésentérique.

OBSERV. N° 43. — M. T..., 38 ans.

Depuis trois mois, tumeur de la FID. Amaigrissement de six kilogs en un mois ; 2.710.0000 G.R. ; L.B. : Lacune irrégulière du cæcum.

12-3-52 : A.G. La tumeur cæcale a envahi la paroi abdominale anté-

rière. Hémi-colectomie droite emportant une portion de la paroi abdominale antérieure.

— Pièce : cancer du fond cæcal avec envahissement de la valvule de Bauhin.

— Epithélioma glandulaire métatypique et colloïde.

— Suites opératoires : suppuration importante avec décollement entre fosse iliaque interne et péritoine.

— 1-4-52 : A.G. Contre-ouverture lombaire pour drainage.

— Suites opératoires excellentes.

— Survie de douze ans. Bon état général à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 44. — M. M..., 57 ans.

Appendicectomie dix-huit ans auparavant. Depuis un an et demi, crampes épigastriques. Etat général altéré. Constipation chronique. 2.970.000 G.R.

Au cours d'une hospitalisation dans un service de Médecine, découverte d'une masse de l'hypocondre droit. L.B. : sténose de l'angle droit.

19-4-52 : A.G. Tumeur du volume d'un poing, très adhérente à D2 qui est véritablement mobilisé par le poids de la tumeur tirant sur lui. Le ligament gastro-colique est également rétracté, envahi, avec des greffes ganglionnaires. Il existe d'autre part des ganglions rétro-pancréatiques envahis. Hémi-colectomie droite (termino-latérale).

— Epi glandulaire typique. Ganglions non envahis.

— Décès cinq jours plus tard.

— Vérification : dilatation gastro-duodénale considérable.

OBSERV. N° 45. — Mme B..., 73 ans.

Hystérectomie pour fibrome trente ans auparavant. Depuis trois mois, douleurs de la FID. Constipation opiniâtre. E.G. altéré. Depuis une dizaine de jours, atténuation des douleurs en même temps que la constipation fait place à de la diarrhée. Masse dure de l'hypocondre droit, à limites irrégulières.

L.B. : obstacle net au niveau de l'angle droit.

17-9-52 : A.G. Néoplasme de l'angle droit adhérent intimement en arrière à la loge rénale et au duodénum. Hémi-colectomie droite.

— Pièce : tumeur encéphaloïde.

— Epithélioma glandulaire typique. Ganglion non envahi.

— Au douzième jour, écoulement d'urine par la plaie. U.I.V. : rein droit dilaté.

— 4-10-52 : A.G. Lobotomie droite. Il s'agit d'un gros rein avec pyélite purulente assez considérable. Néphrectomie. Apparition vingt jours plus tard d'une fistule stercorale à la partie inférieure de la cicatrice.

— Décès au début novembre 52.

OBSERV. N° 46. — M. P..., 49 ans.

Il y a dix ans, ulcère du bulbe, traité médicalement. Depuis deux mois, douleurs vives abdominales se terminant par une débâcle gazeuse. E.G. altéré.

— 12-10-52 : A.G. Vérification de l'estomac. Exploration du grêle. Cæcum hypertrophié et dur. Il existe par ailleurs sur le péritoine quelques taches blanchâtres, étoilées. Etant donné l'état de dilatation du grêle, anastomose iléotransverse latéro-latérale.

Aspect histologique d'une généralisation au péritoine d'un épi digestif.

Quatre jours après, éviscération.

— 16-11-52 : A.G. Dès l'ouverture de la peau, les anses intestinales jaillissent.

Fermeture au fil de bronze.

Décès dû à un syndrome pulmonaire aigu.

OBSERV. N° 47. — M. F..., 75 ans.

Gastrectomie dix ans auparavant pour ulcère double du duodénum et de la petite courbure. Malade en mauvais état général, vu en occlusion.

4-4-53 : A.G. Cæcostomie pour néo de l'angle droit.

Décès trois jours après, de cyanose et dyspnée.

OBSERV. N° 48. — Mme R..., 52 ans. Appendicectomie quatre mois auparavant d'un appendice gangréné avec drainage. Persistance d'une fistule stercorale.

14-4-53 : A.G. Fistule pyostercorale avec un trajet organisé à travers une assez large brèche cæcale, au niveau de laquelle on pratique une biopsie. Epi intestinal typique.

29-4-53 : A.G. Exclusion unilatérale par iléotransversostomie termino-latérale.

16-5-53 : A.G. Hémi-colectomie droite.

— Suites opératoires simples sauf un écoulement intermittent au niveau de l'ancienne cæcostomie.

— Survie de onze ans. Excellent état général à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 49. — Sœur S. A..., 74 ans.

Depuis trois ans, coliques aboutissant dans la FID. Alternance de diarrhée et de constipation. Amaigrissement de 20 kg en deux ans. Tumeur perçue dans la FID.

23-10-53 : A.G. Un peu d'ascite, une petite métastase mésentérique, une sur le bord du foie. Tumeur adhérente du colon droit. Dernière anse grêle très dilatée. Iléotransversostomie termino-latérale.

— Décès au bout de six mois de métastases multiples.

OBSERV. N° 50. — M. J..., 72 ans.

Depuis huit mois, constipation, crises coliques, baisse de l'E.G. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : obstacle sur le côlon ascendant : arrêt brusque de la baryte avec image en pince de homard et, au-dessous, l'amorce d'un défilé très étroit et irrégulier.

15-12-53 : A.G. Tumeur du côlon ascendant du volume d'un poing, adhérente en arrière. La dernière anse grêle est épaisse et dilatée. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale). Il existe des ganglions loin dans le méso-côlon.

— Pièce : tumeur bourgeonnante englobant la valvule iléo-cæcale.

— Epi glandulaire colloïde. Ganglion envahi.

— Au quatrième jour, désunion large de la plaie, issue abondante de matières liquides.

27-2-54 : A.G. Anastomose iléosigmoïdienne latéro-latérale.

— Décès trois semaines plus tard.

OBSERV. N° 51. — M. L..., 45 ans.

Depuis six mois, sensation de corps étranger dans l'hypocondre droit. Alternance de diarrhée et de constipation. L.B. : Dolicocôlon gauche.

25-5-54 : A.G. Cancer du côlon ascendant à la limite du cæcum. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

— Epi glandulaire typique. Ganglion non envahi.

— Décès au troisième jour dans un tableau de choc rappelant un infarctus pulmonaire.

— Vérification : infarctissement de tout le lobe inférieur droit.

OBSERV. N° 52. — M. G..., 75 ans.

Depuis un mois, épigastalgies. Anorexie. 3.470.000 G.R. Masse para-ombilicale droite, dure, mobile.

24-8-54 : A.G. Gros néoplasme mobile de l'angle droit sans ADP percevable. Hémi-colectomie droite (termino-latérale).

— Epi glandulaire typique. Ganglion non envahi.

— Au huitième jour, écoulement de matières par le drain lombaire.

— 5-11-54 : A.G. Iléosigmoïdostomie termino-latérale.

— Décès quinze jours après.

OBSERV. N° 53 : M. C..., 53 ans.

Depuis trois ans, syndrome douloureux para-ombilical. Diarrhée. E.G. altéré. Masse cæcale, bosselée, dure.

23-10-54 : A.G. Cancer de la partie basse de l'ascendant, adhérent au péritoine pariétal latéral. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : cancer cæco-valvulaire ; grosse ADP mésentérique.

— Epi glandulaire végétant. Ganglion non envahi.

- Fistule stercorale au cinquième jour. Aspiration.
- Phlébite du MID.
- Survie de plus de deux ans, puis malade perdu de vue.

OBSERV. N° 54. — Mme F..., 66 ans

Gastrectomie pour cancer deux ans auparavant. Crise de sub-occlusion. L.B. : virole sus-cæcale et lacune du transverse droit.

30-10-54 : A.G. Anses grêles d'occlusion. Virole sus-cæcale et masse du transverse droit. Iléosigmoïdostomie latéro-latérale.

— Au dixième jour, sub-occlusion du grêle.

10-11-54 : A.G. Abscès pelvien autour de l'anastomose qui a partiellement lâché. Fermeture de l'anastomose.

— Décès le lendemain.

OBSERV. N° 55. — Mme M..., 70 ans.

Volumineux abcès de la FID probablement d'origine appendiculaire.

28-11-54 : A.G. Incision et drainage d'un volumineux abcès iliaque droit.

10-1-55 : A.G. Grêle très dilaté. Gros cancer occlusif du cæcum. Iléotransversostomie latéro-latérale.

— Cachexie progressive et décès trois mois après.

OBSERV. N° 56. — M. B..., 19 ans.

Depuis un mois, vomissements, anorexie, amaigrissement. Le 20-1-55, arrêt des matières et des gaz. On pense à une abcès appendiculaire. Intervention : iléostomie.

4-2-55 : A.G. Grosse tumeur occupant le cæcum et tout l'ascendant. La fin du grêle est très dilatée. Enormes vaisseaux artériels et veineux se rendant à la tumeur qui apparaît dure, vasculaire et mobile. Biopsie d'un ganglion juxta-tumoral. Exclusion de la tumeur et de l'orifice de l'iléostomie par une I.T.T.L.

Histo : pas de néoplasme visible.

18-2-55 : A.G. On constate que toute la zone de l'anastomose est englobée par la tumeur ainsi que la fin du mésentère. On emporte avec la tumeur (tête d'adulte) l'anastomose et une quinzaine de cm d'iléon. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Histo : sarcome lymphoblastique ayant totalement envahi le fragment de paroi cæcale examiné.

— Traitement radiothérapique. Malgré cela, l'E.G. décline : amaigrissement considérable. La tumeur continue son extension malgré les rayons.

— Décès le 20-4-55.

OBSERV. N° 57. — Mme C..., 50 ans.

Appendicectomie 10 ans auparavant. Trois ans auparavant, rectorragie dont l'étiologie s'est avérée négative. Depuis deux mois, crises de coliques. Constipation. E.G. très altéré. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : région cæcale suspecte.

2-2-55 : A.G. Volumineux néoplasme du cæcum adhérent aux annexes droites qu'il faudra enlever. Le sigmoïde est collé sur la tumeur. Il doit être libéré. Hémicolectomie droite (termino-latérale).

— Epi glandulaire typique. Ganglion envahi.

— Décès au bout de huit mois de métastases multiples.

OBSERV. N° 58. — Mme C..., 62 ans.

Depuis un an, diarrhée, douleurs de la FID. E.G. altéré. Selles noirâtres. Masse bosselée dans la FID. L.B. : volumineuses tumeur en choux-fleur du cæcum.

5-3-55 : A.G. Gros néoplasme du fond cæcal perforé dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Hémicolectomie droite.

— Pièce : gros cancer circulaire envahissant la valvule de Bauhin.

— Epi glandulaire atypique.

— Décès le même jour, de choc opératoire.

OBSERV. N° 59. — M. G..., 69 ans.

Anémie grave (1.000.000 G.R.). Alternance de diarrhée et constipation. Méléna important.

L.B. : amputation cæcale. Tumeur plaquée à la partie profonde de la FID.

5-3-55 : A.G. Gros néo du cæcum adhérent en arrière. Hémicolectomie droite.

— Pièce : gros cancer bourgeonnant du fond cæcal entourant la valvule de Bauhin.

— Survie de quatre ans.

OBSERV. N° 60. — Mme H., 45 ans.

Depuis deux ans, diarrhée, anémie (3.200.000 G.R.). Tumeur fixée dans la FID. L.B. : image lacunaire du cæcum.

30-6-55 : A.G. Enorme cancer du cæcum avec ADP encore plus monstrueuse que la tumeur. Hémicolectomie droite avec résection d'un mètre de grêle.

— Pièce : cancer encéphaloïde.

— Cachexie progressive. Décès trois mois après.

OBSERV. N° 61. — M. L..., 71 ans.

Appendicectomie 10 ans auparavant. Depuis huit mois, crises de sub-occlusion. Tumeur de la FID. E.G. altéré.

13-8-55 : A.G. Enorme masse de la taille d'un melon sur la partie droite du transverse. Iléotransversostomie.

— Epi glandulaire typique.

— Occlusion secondaire du grêle.

— 22-9-55 : A.G. Un d'ascite. Grêle dilaté. Découverte d'une bride que l'on sectionne.

— Suites opératoires : petite fistule de la partie médiane de la plaie opératoire et abcès de la partie inférieure du poumon gauche.

— 12-10-55 : Pneumotomie.

Décès une semaine plus tard.

OBSERV. N° 62. — Mme V..., 73 ans.

Grosse tumeur de l'hypocondre droit, interprétée comme une vésicule énorme en battant de cloche, dure, mobile et douloureuse. RX vésiculaires : vésicule exclue et trois volumineux calculs semblant être intra-hépatiques. Diarrhée. L.B. : image marécageuse de la portion initiale du côlon ascendant avec grosse dilatation cæcale sous-jacente.

— 31-8-55 : A.G. Volumineux néoplasme sous-angulo-colique droit sans ADP, adhérent intimement au genu inferius du duodénum. Fistule duodéno-colique. Hémi-colectomie droite.

— Epi glandulaire typique.

— Suites simples.

— Huit mois après, récurrence superficielle inopérable.

— Décès.

OBSERV. N° 63. — M. B..., 61 ans.

Depuis deux mois, douleurs au niveau de l'hypocondre droit, E.G. altéré, diarrhée persistante, tumeur palpable de la FID.

Le 6-9-55 : A.G. Cancer volumineux de la partie basse de l'ascendant. Hémi-colectomie droite (termino-latérale).

— Epi glandulaire typique.

— Suites opératoires : le malade fait mal ses gaz. Clapotage.

12-9-55 : A.G. Iléostomie.

— Décès un mois plus tard de cachexie progressive.

OBSERV. N° 64. — Mme C..., 65 ans.

Hémorragie intestinale. Quelques troubles colitiques. E.G. altéré.

12-9-55 : A.G. Cancer de la partie droite du transverse infiltrant et rétractant profondément le mésocôlon. Iléo-transversostomie.

Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 65. — Mme B..., 55 ans.

Depuis cinq ans, diarrhée. Quelques gouttes de sang dans les selles. Tumeur palpable de la FID.

7-10-55 A.G. Néoplasme de l'angle droit adhérent à l'angle D2 D3. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : néo encéphaloïde avec prise en masse des ganglions épiploïques.

— Survie de neuf ans ; excellent état général à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 66. — M. P..., 66 ans.

Occlusion intestinale.

15-11-55 : A.G. Grêle très dilaté. Néoplasme sténosant de la partie moyenne du côlon ascendant. I.T.L.L.

3-12-55 : A.G. Adhérences nombreuses. Quelques adénopathies. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : néoplasme bourgeonnant, totalement sténosant.

— Epi glandulaire atypique colloïde. Ganglion envahi.

— Survie de quatre mois.

OBSERV. N° 67. — Mme B..., 60 ans.

Depuis trois ans, douleurs pelviennes, vomissements. Masse cœcale palpable dans la FID. T.R. : masse dure irrégulière, greffe du Douglas, avec bourgeonnement postérieur irrégulier sur lequel est fixée la tumeur. Rectoscopie : pas d'altération de la muqueuse rectale, mais zone semblant indurée et rigide à la partie supérieure de la cloison recto-vaginale.

25-11-55 : A.G. Cancer cæco-valvulaire avec généralisation péritonéale, ascite et métastase du Douglas sur lequel est collé le haut rectum. La dernière anse iléale est dilatée. I.T.L.L.

Survie de six mois.

OBSERV. N° 68. — Mme R..., 43 ans.

Hémi-colectomie droite il y a trois mois pour néo de l'ascendant. Récidive locale trois mois après.

23-12-55 : A.G. On isole de la tumeur les vaisseaux iliaques qui viennent avec elle. On sacrifie le fémoro-cutané et les annexes droites, qu'on enlève en bloc. L'ancienne anastomose adhère à une récurrence ganglionnaire mésentérique du volume d'une mandarine. Nouvelle anastomose termino-latérale.

— Epi glandulaire typique.

— Décès : 12 mois plus tard d'ictère par rétention, gros foie avec métastases multiples.

OBSERV. N° 69. — Sœur G..., 64 ans.

Depuis cinq ans, coliques intestinales. Amaigrissement de dix kilogs. L.B. : imprégnation défectueuse du fond cæcal qui a un aspect irrégulier.

10-4-56 : A.G. Néoplasme en virole du cæcum avec un grêle un peu dilaté adhérent à la trompe. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

— Epi glandulaire cæcal.

— Décès trois mois après.

OBSERV. N° 70. — M. R..., 64 ans.

Depuis cinq mois, alternance de diarrhée constipation, altération de l'E.G. Masse palpable dans la FID.

21-7-56 A.G. Tumeur sous-angulo-colique, volumineuse mais mobilisable. Hémi-colectomie droite (termino-latérale).

— Epi glandulaire atypique.

— Survie de huit ans. Excellent E.G. à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 71. — Mme D..., 61 ans.

Depuis six mois, baisse de l'E.G., constipation. Tumeur de la région épigastrique, mobile, irrégulière.

4-9-56 : A.G. Enorme tumeur de la partie droite du transverse avec adhérence au bord antérieur du foie. Hémi-colectomie droite (termino-latérale).

— Epi glandulaire typique.

— Suites simples.

— Survie de huit ans. Excellent E.G. à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 72. — Mme M..., 75 ans.

Depuis un mois, douleurs à type de coliques, baisse de l'E.G. Tumeur de l'hypocondre droit. L.B. : néo sténosant de l'ascendant.

4-9-56 : A.G. Néo sténosant de l'ascendant. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

— Pièce : squirre du côlon ascendant.

— Epi glandulaire typique. Ganglion non envahi.

— Dans les suites opératoires ; fistule stercorale très importante.

17-10-56 : A.G. Exclusion unilatérale par I.S.T.L.

— Survie de huit ans, bon état général à l'heure actuelle ;

OBSERV. N° 73. — Mme P..., 55 ans.

Depuis quatre mois, baisse de l'E.G. et perception par la malade elle-même d'une tumeur de la FID. L.B. : sténose de l'angle droit.

25-9-56 : A.G. Très gros cancer de l'angle droit, avec énormes ADP mésentériques. Métastases hépatiques. I.T.L.L.

— Suites simples.

— Décès au bout de dix mois, de métastases multiples.

OBSERV. N° 74. — Mme P..., 80 ans.

Enorme tumeur de l'ascendant occupant toute la FID, avec, à la radio, un défilé de sept à huit cm, très rétréci.

12-10-56 : A.L. Anastomose I.T.L.L.

— Suites simples.

— Décès au bout de un an (cause inconnue).

OBSERV. N° 75. — M. P..., 58 ans.

Depuis quatre mois, pesanteur dans la FID et dans l'hypocondre droit, baisse de l'E.G. Masse tumorale à grand axe vertical, dure, peu douloureuse. L.B. : sténose irrégulière et marécageuse du côlon ascendant.

15-1-57 : A.G. volumineux néoplasme sous-angulo-colique droit fixé au-devant de la fosse lombaire. Hémi-colectomie droite (termino-latérale).

— Epi atypique.

— Survie de sept ans. Excellent E.G. à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 76. — Mme P..., 70 ans.

35 ans auparavant, hystérectomie et castration bilatérale pour cause X. Depuis six mois, constipation, douleurs à type de coliques dans la FID. Masse très dure, douloureuse, au Mac Burney, et foie marronné.

23-1-57 : A.G. gros néoplasme de l'angle droit, fixé au pancréas et au duodénum. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : grosse tumeur encéphaloïde en voie de perforation dans le duodénum. Grosse ADP dans le méso.

— Epi glandulaire typique.

— Suites simples.

— Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 77. — Mme D..., 63 ans.

Depuis sept mois, baisse de l'E.G., amaigrissement de neuf kg. RX gastro-duodénales : aspect de fistule duodéno-colique : la baryte au niveau du début, de D3 s'insinue dans deux directions, à gauche dans le duodénum, à droite dans le côlon droit.

8-2-57 : A.G. Enorme tumeur de l'angle droit adhérente au duodéno-pancréas. Libération de la tumeur avec refoulement de l'uretère. Ablation de toute la graisse péri-rénale. La communication duodéno-colique est considérable. La séparation du côlon et du duodénum laisse une énorme brèche. Hémi-colectomie droite. Réparation des dégâts duodénaux : duodéno-pancréatectomie céphalique. Rétablissement de la continuité intestinale par iléotransversostomie.

— Décès le jour même.

OBSERV. N° 78. — M. L..., 66 ans.

Depuis six mois baisse de l'E.G. ; Diarrhée intermittente ; masse tumorale de la FID, fixée, dure, douloureuse. L.B. : amputation du fond cæcal. Apparition secondaire d'une ascite. Cachexie progressive.

— Décès dix jours plus tard sans opération.

OBSERV. N° 79. — M. R..., 51 ans.

Dysenterie amibienne trente-deux ans auparavant. Depuis un an, crises coliques typiques. Tumeur de la FID. L.B. : amputation du fond du cæcum.

19.2-57 : A.G. Gros néoplasme de l'ascendant adhérent en arrière. Ligature de haut en bas des branches droites de l'artère mésentérique supérieure. Ganglions suspects en avant de D3 et de la tête du pancréas. Hémi-colectomie droite (termino-latérale).

— Pièce : énorme néo végétant.

— Epi glandulaire avec un polype dégénéré.

— Trois jours plus tard, décès brutal d'embolie pulmonaire.

OBSERV. N° 80. — Sœur S. V..., 52 ans.

Depuis six mois, diarrhée, anémie, amaigrissement. Tumeur perçue dans la FID, plaquée en arrière.

14.6-57 : A.G. Cancer du fond du cæcum. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

— Survie de sept ans. Etat général bon à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 81. — M. J..., 49 ans.

Gastrite chronique ancienne. Il y a neuf mois, crise douloureuse de l'hypocondre droit. Par la suite, baisse de l'E.G., diarrhée, douleur sourde de l'hypocondre droit. Tumeur perçue dans l'hypocondre droit. Weber +. L.B. : arrêt de la baryte un peu au-dessous de l'angle droit.

30.7-57 : A.G. Enorme tumeur de l'angle droit (une tête d'enfant) envahissant la moitié inférieure du lobe droit du foie : envahissement au contact, pas de métastase. Hémi-colectomie droite avec ablation de la capsule du rein, des muscles de la région lombaire, de l'insertion postérieure du diaphragme, de la moitié inférieure du lobe droit du foie après isolement de la vésicule et du pédicule hépatique qui restent en place. Anas-tomose termino-latérale.

— Epithélioma intestinal colloïde.

— Suites immédiates excellentes. Apparition secondaire d'une sup-puration au niveau de la plaie. Curetage et drainage de la fistule.

— Décès au bout de huit mois, de suppuration persistante.

OBSERV. N° 82. — M. R..., 72 ans.

Quatre mois auparavant, crise douloureuse abdominale de type sub-occlusif. Depuis, ces crises se sont répétées, avec diarrhée et sang rouge dans les selles. Baisse de l'E.G. L.B. : image suspecte de l'angle droit.

8-8-57 : A.G. Petit néoplasme en virole de l'anse afférente de l'angle droit, très mobile. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

— Epi glandulaire colloïde.

— Sept jours après, grosse hémorragie rectale et hématémèse cédant au traitement hémostatique.

— Décès un an plus tard de métastases multiples.

OBSERV. N° 83. — M. F..., 77 ans.

Depuis trois mois, syndrome sub-occlusif. Depuis un mois, baisse de l'E.G. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : sténose un peu en aval de l'angle droit.

17-9-57 : A.G. Néoplasme de l'anse efférente de l'angle droit. Ligature des artères cæco-coliques et colique droite au ras de l'artère mésentérique supérieure. Curage des ganglions situés au carrefour. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

— Pièce : Squirre en virole.

— Epi glandulaire végétant.

— Suites opératoires simples.

— Décès accidentel quatre ans après, de fracture du crâne, alors que le malade se portait très bien sur le plan digestif.

OBSERV. N° 84. — M. P..., 63 ans. Dix mois auparavant, hémorragie intestinale importante. Trois mois après, sub-occlusion. L.B. : fait à cette époque, n'avait rien montré. Nouvelles crises sub-occlusives en juillet et août. L.B. : (octobre 57) cancer sténosant de la branche efférente de l'angle droit.

10-10-57 : A.G. Gros néo de l'anse efférente de l'angle droit, qui tient à D2 et donne l'impression qu'il y a imminence de fistule duodéno-colique. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

Suites opératoires simples.

— Le malade a été revu un an après avec des petits signes cliniques et radiologiques de sténose de D2. Intervention refusée.

— Décès un an plus tard.

OBSERV. N° 85. — Mme P..., 67 ans. Tumeur de la FID. Diarrhée. Hémorragie intestinale. L.B. positif.

9-10-57 : A.G. Volumineux cancer du cæcum fixé au péritoine pariétal. Enormes ganglions mésocoliques. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

— Pièce : gros cancer cæco-valvulaire avec énorme ulcération de la taille d'une paume de main.

— Suites opératoires simples.

— Six ans après, occlusion sur récidence. Réintervention. Décès.

OBSERV. N° 86. — M. C..., 60 ans.

Depuis un an, crises douloureuses de la FID. Amaigrissement de trois kg en un an. L.B. : mauvaise imprégnation de la région sous-angulaire droite.

13-1-58 : A.G. Tumeur postérieure de la partie haute de l'ascendant. Hémi-colectomie droite (latéro-latérale).

- Epi glandulaire typique.
- Suites opératoires simples.
- Malade perdu de vue.

OBSERV. N° 87. — Mme P..., 76 ans.

Depuis trois mois, douleur para-ombilicale droite, constipation, baisse de l'E.G. (amaigrissement de 24 kg en trois mois). Grosse tumeur abdominale dans la FID. L.B. positif.

22-1-58 : A.G. Enorme néoplasme du transverse droit. Métastases hépatiques multiples : adhérentes à l'estomac qui est envahi par la tumeur. Iléotransversostomie latéro-latérale.

- Décès une semaine après d'infarctus du myocarde.

OBSERV. N° 88. — M. R..., 68 ans.

Depuis deux ans, douleurs de la partie haute de la FID à type de pesanteur. E.G. altéré. Tumeur para-ombilicale droite. Weber +. L.B. : amputation lacunaire de la partie droite du transverse.

4-3-58 : A.G. Grosse tumeur encéphaloïde du T.D. Foie bourré de métastases. Hémi-colectomie droite quand même (termino-terminale).

- Epi glandulaire typique.
- Décès trois mois plus tard de métastases multiples.

OBSERV. N° 89. — Mme R..., 66 ans.

Il y a cinq ans, épisodes diarrhéiques et sang dans les selles. Depuis un an, douleurs sourdes dans la FID. E.G. altéré. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : image lacunaire du côlon ascendant.

15-4-58 : A.G. Enorme tumeur bourgeonnante du cæcum. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

- Pièce : énorme tumeur encéphaloïde.
- Epi glandulaire atypique. Ganglions non envahis.
- Survie de six ans. Excellent E.G. à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 90. — M. L..., 77 ans.

Depuis quatre mois, constipation puis crises coliques. Selles noires. E.G. altéré. Tumeur palpable dans la FID. L.B. : défilé médian du cæco-ascendant.

Rectoscopie : polype de la fonction recto-sigmoïdienne.

7-5-58 : A.G. Néoplasme de l'ascendant. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

- Pièce : gros cancer bourgeonnant.
- Suites opératoires simples.
- Survie de deux ans, puis perdu de vue.

OBSERV. N° 91. — Mme D..., 69 ans.

Appendicectomie 35 ans auparavant. Cholécystectomie 15 ans après. Depuis deux ans, douleurs épigastriques. E.G. altéré. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : amputation irrégulière du fond cæcal.

7-5-58 : A.G. Gros cancer du cæcum adhérent à l'ovaire droit et à la dernière anse iléale. Ovariectomie droite. Grosses ADP dans le méso. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

Epi glandulaire mucoïde. Ganglion envahi. Suites opératoires simples. Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 92. — Mme M..., 53 ans.

Malade opérée dix-sept ans auparavant : colectomie sigmoïdienne pour une polypose multiple du côlon sigmoïde sans atteinte rectale (un gros polype était en voie de dégénérescence maligne).

Bon état général, jusqu'à il y a un mois : crises de sub-occlusion. L.B. : néo de la partie droite du transverse, mais en plus, polypose diffuse et discrète. Rectoscopie : petit polype banal de l'ampoule.

22-5-58 : A.G. Colectomie totale vraie dépassant en bas l'anastomose colo-colique faite précédemment. Anastomose iléo-rectale termino-terminale.

- Pièce : virole du transverse droit. Quelques petits polypes en amont. Nombreux polypes en aval, surtout sur le transverse et le haut ascendant.
- Suites simples.
- Va bien à l'heure actuelle (survie de six ans).

OBSERV. N° 93. — M. S..., 59 ans.

Depuis huit mois, altération de l'E.G. Depuis deux mois, diarrhée, parfois mêlée de sang rouge. Température sub-fébrile. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : grosse image lacunaire du côlon ascendant.

30-5-58 : A.G. Volumineux néoplasme de l'ascendant, adhérent en arrière à la loge rénale. Ablation de toute la graisse péri-rénale antérieure. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

- Epi glandulaire végétant.
- Au sixième jour, fistule complète.
- 4-7-58 : A.G. Réintervention pour lâchage de l'anastomose et occlusion secondaire du grêle.
- Décès de collapsus le même jour.

OBSERV. N° 94. — Mme K..., 70 ans.

Depuis trois mois, diarrhée, baisse de l'E.G., douleurs dans la FID. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : image lacunaire du cæcum.

10-9-58 : A.G. Très volumineux néoplasme de la totalité du cæcum, très adhérent en arrière. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Epi glandulaire typique.

— Survie de six ans : excellent état général.

OBSERV. N° 95. — Mme B..., 47 ans.

Appendicectomie vingt-sept ans auparavant. Hystérectomie totale pour néo du col utérin il y a quatre ans. Depuis trois semaines, douleur permanente dans la FID. où l'on sent une masse dure et tendue.

Devant l'E.G. parfait, l'absence de troubles du transit, on pense à un kyste du mésocôlon.

18-9-58 : A.G. Très grosse masse (petit melon) de l'angle droit. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : l'ouverture montre une cavité nécrotique avec des travées de refent et un liquide rougeâtre. La muqueuse colique est absolument saine.

— Léio-myo-sarcome.

— Suites opératoires simples.

— Récidive inopérable dix-huit mois après, et décès.

OBSERV. N° 96. — M. P..., 61 ans.

Depuis un an, crises douloureuses épigastriques, diarrhée avec quelques filets sanglants. Tumeur sous-hépatique mal limitée, peu douloureuse. L.B. : volumineuse lacune de la branche efférente de l'angle droit.

27-9-58 : A.G. Hémi-colectomie droite à la Turnbull, pour une énorme tumeur de l'angle droit adhérent au duodénum, au fond de la vésicule. Anastomose I.T. (termino-latérale).

— Suites opératoires simples.

— Survie de six ans. Excellent état général à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 97 : M. C..., 67 ans.

Depuis cinq mois, baisse de l'E.G., douleurs abdominales. Depuis trois semaines, diarrhée. Tumeur de la FID. L.B. : amputation du fond cæcal.

21-11-58 : A.G. Deux ou trois petits nodules au niveau de la face convexe du lobe droit. Hémi-colectomie droite à la Turnbull (termino-latérale).

— Pièce : Tumeur végétante du fond du cæcum envahissant la valvule de Bauhin.

— Suites opératoires simples.

— Décès deux ans et demi après de cause inconnue.

OBSERV. N° 98. — M. D..., 55 ans.

Depuis un mois, douleurs à type de coliques. Diarrhée. Occlusion.

14-4-59 : A.G. Occlusion du grêle très prononcée. Tumeur cœcale englobant l'appendice. Hémi-colectomie droite (termino-terminale) avec iléostomie.

- Pièce : énorme cancer iléo-cæco-valvulaire.
- Epi intestinal atypique.
- Décès six semaines après, d'ictère par rétention.

OBSERV. N° 99. — Mme S..., 55 ans.

Depuis trois ans, entérite chronique. Depuis un mois, alternative de diarrhée et constipation, baisse de l'E.G., petits mélénas. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : aspect marécageux du cæcum.

9-9-59 : A.G. Gros néoplasme mobile occupant le cæco-ascendant. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

- Pièce : très gros néo ulcéré et gangréné.
- Epi glandulaire typique.
- Survie de cinq ans. Va bien à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 100. — M. V..., 56 ans.

Trois jours auparavant, violente douleur de la FID à type de colique, avec constipation. Température à 39°. Tuméfaction sous-ombilicale droite du volume d'un poing, non fluctuante, douloureuse. Diagnostic d'abcès appendiculaire.

19-9-59 : A.G. Volumineux néoplasme du côlon transverse droit, prolabé en bas et adhérant très fortement au mésentère d'une anse iléale. Lors de la séparation de l'anse grêle et du transverse, ouverture d'un cratère suppuré. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

- Pièce : néoplasme ulcéro-végétant.
- Epi glandulaire typique.
- Survie de cinq ans. Bon état général à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 101. — Mme G..., 68 ans.

Tumeur du cæcum, palpable. L.B. positif.

17-10-59 : A.G. Envahissement en surface de nombreuses anses grêles par le processus néoplasique. Large hémi-colectomie droite (termino-terminale).

- Pièce : cancer du cæcum respectant le fond.
- Suites opératoires simples.
- Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 102. — Mme C..., 65 ans.

Hystérectomie et castration bilatérale quarante-deux ans auparavant pour cause inconnue. Depuis quatre mois, crises douloureuses abdominales à type de coliques. Diarrhée abondante. Volumineuse masse sous-ombilicale.

19.12.59 : A.G. Il s'agit d'une invagination iléo-cæcale. Hémicolectomie droite par ligature première des vaisseaux. Anastomose termino-latérale.

- Epithélioma glandulaire et orthoplasique.
- Suites opératoires simples.
- Survie de cinq ans. Va bien actuellement.

OBSERV. N° 103. — Mme L..., 40 ans.

Cancer cæco-ascendant.

21.12.59 : A.G. Enorme tumeur du cæco-ascendant adhérent à la paroi abdominale antérieure en partie réséquée. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

- Pièce : énorme tumeur encéphaloïde.
- Survie de 5 ans. Va bien à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 104. — Mme B..., 40 ans.

Crises coliques droites typiques. Une hémorragie intestinale de sang rouge. Tumeur sous-costale droite. L.B. : rétrécissement de l'anse efférente de l'angle droit.

19.3.60 : A.G. Virole de l'anse efférente de l'angle droit. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

- Suites opératoires simples. Va bien à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 105. — M. R..., 40 ans.

Appendicectomie vingt-quatre ans auparavant. En 1956, colectomie segmentaire pour néoplasme du sigmoïde. Depuis un mois, douleurs sourdes de la FID, diarrhée, température. Hémorragie assez abondante de sang rouge. L.B. : image suspecte du fond cæcal.

6.5.60 : A.G. Tumeur du volume d'un poing de la région iléo-cæcale. Hémicolectomie droite par ligature vasculaire première en sacrifiant les vaisseaux spermatiques pris dans la masse tumorale. Anastomose termino-latérale.

- Pièce : cancer du cæcum avec fistule iléo-cæcale à 20 cm de l'angle iléo-cæcal.
- Epi glandulaire typique. Ganglion non envahi.
- Suites opératoires marquées par une suppuration pariétale et la formation d'un volumineux abcès iléo-pelvien, drainé au quatorzième jour.
- A l'heure actuelle état général excellent.

OBSERV. N° 106. — Mme B..., 60 ans.

Grosse tumeur abdominale asymptomatique L.B. : néo du transverse droit.

10-6-60 : A.G. Enorme tumeur du transverse droit. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : énorme cancer encéphaloïde.

— Suites opératoires simples.

OBSERV. N° 107. — M. R..., 50 ans.

Péritonite appendiculaire 21 ans auparavant. Depuis un an, douleurs abdominales diffuses, et constipation. Il y a six mois, lavement baryté négatif. Depuis trois jours, occlusion intestinale aiguë.

23-7-60 : A.G. Grêle modérément dilaté. Tumeur du transverse droit. Cœcostomie sur sonde de Pezzer.

23-8-60 : A.G. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : néo en virole.

— Epi glandulaire typique. Ganglion envahi.

— Décès un an plus tard de métastases multiples.

OBSERV. N° 108. — Mme C..., 59 ans.

Appendicectomie 14 ans auparavant. Depuis trois mois, douleurs de la FID, baisse de l'E.G., diarrhée, avec parfois selles sanglantes. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : sténose du côlon ascendant.

14-11-60 : A.G. La tumeur adhère au plan postérieur. Nombreuses métastases hépatiques. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Epi glandulaire typique.

— Décès le surlendemain dans un tableau d'infarctus pulmonaire.

OBSERV. N° 109. — Mme M..., 80 ans.

Péritonite appendiculaire trente ans auparavant. Depuis quatre mois, constipation. Petite masse sous-ombilicale, dure, bosselée. Weber + + +. L.B. : sténose du transverse droit.

23-10-60 : A.L. Grosse tumeur de l'anse efférente de l'angle droit. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : développement plus exo qu'endo-intestinal.

— Epi glandulaire mucoïde.

— Suites opératoires simples.

— Survie de quatre ans. Bon état général à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 110. — Mme J..., 77 ans.

Depuis 10 mois, douleurs épigastriques avec irradiation postérieure. Depuis 3 mois, baisse de l'E.G. L.B. : sténose de l'angle droit.

3-2-61 : A.L. Hémicolectomie droite pour une tumeur de l'anse afférente de l'angle droit. Anastomose I.T. termino-terminale.

— Epi glandulaire diffus, infiltrant.

— Suites simples. Survie de deux ans, puis malade perdue de vue.

OBSERV. N° 111. — Mme L..., 72 ans.

Depuis 8 mois, douleurs épigastriques à type de coliques. Depuis quatre jours, occlusion intestinale aiguë sur néo du cæco-ascendant.

Cæcostomie sur sonde de Pezzer.

14-4-61 : A.L. Libération difficile de la dernière anse grêle. Exclusion unilatérale par anastomose IT termino-latérale.

— Suites opératoires simples.

— Va bien actuellement.

OBSERV. N° 112. — Mme T..., 61 ans.

Depuis 3 ans, diarrhée, crises coliques, baisse de l'E.G. Masse dure, irrégulière, de la région colique droite. L.B. : défilé du cæco-ascendant. Weber +.

24-6-61 : A.G. Métastases ganglionnaires inguinales. Volumineux néo du cæco-ascendant très adhérent en arrière. Enorme ADP, qui jouxte la veine mésentérique supérieure. Multiples métastases hépatiques. Exclusion unilatérale : I.T. termino-latérale. Envahissement ganglionnaire à l'histologie.

— Suites opératoires. phlébite du membre inférieur droit.

— Six mois plus tard, ascite néoplasique, foie marronné.

— Décès.

OBSERV. N° 113. — Mme B..., 68 ans.

Depuis six mois, douleurs de l'hypocondre droit, diarrhée, baisse de l'E.G. Depuis trois jours, occlusion.

17-6-61 : A.G. Occlusion par néo de l'angle droit avec ADP de la taille d'une noix adhérente à la veine mésentérique supérieure. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : néo en virole.

— Epi glandulaire typique.

— Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 114. — Mme F..., 67 ans.

Depuis un mois, baisse de l'E.G., constipation. Tumeur dans la FID.

13-7-61 : A.G. Volumineuse tumeur du fond cæcal adhérente en arrière. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : tumeur du fond cæcal envahissant la valvule de Bauhin.

— Epi glandulaire typique. Ganglions non envahis.

— Suites immédiates simples. Quatre mois plus tard, récurrence pariétale :

volumineuse tumeur du flanc droit, grosse comme un pamplemousse, indolore et mobile.

24-11-61 : A.G. Récidive essentiellement pariétale. Exérèse large terminée par anastomose I.T. termino-terminale.

— Suites opératoires d'abord simples, puis collapsus brutal au septième jour. Décès.

OBSERV. N° 115. — Mme D..., 60 ans.

Cancer du cæcum découvert à l'occasion d'un examen général : vagues douleurs abdominales. Tumeur iliaque droite.

30-11-61 : A.G. Cancer de la face antérieure du haut cæcum. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Epi glandulaire colloïde.

— Etat général excellent à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 116. — Mme B..., 48 ans.

Depuis trois mois, crises sub-occlusives, baisse de l'E.G. Grosse tumeur du flanc droit. L.B. : sténose de l'angle droit.

2-1-62 : A.G. Enorme tumeur de l'ascendant et de l'angle droit fixée en arrière. Ligature première des vaisseaux. La tumeur tient en arrière, en avant du rein droit, et, est très fixée en dedans par des prolongements qui s'étendent bien en avant de la Veine cave inférieure jusqu'à la face antérieure du rachis. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : énorme cancer ulcéro-végétant.

— Va bien actuellement.

OBSERV. N° 117. — Mme M..., 48 ans.

Depuis sept mois, crises de coliques. Tumeur de la partie haute de la FID. L.B. : sténose sus-cæcale.

12-2-62 : A.G. Cancer sténosant sus-cæcal. ADP le long de la grande courbure de l'estomac. Ligature première des Vaisseaux. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : virole.

— Va bien actuellement.

OBSERV. N° 118. — M. D..., 73 ans.

Il y a six mois, diarrhée, épigastralgies, Depuis, baisse de l'E.G. L.B. : aspect lacunaire de l'angle droit.

22-2-62 : A.L. Tumeur de l'angle droit adhérent au péritoine antérieur et semblant se prolonger en arrière sous le foie. Anastomose I.T. latéro-latérale.

— Décès quatre jours après de déséquilibre hydroélectrique.

OBSERV. N° 119. — Mme C..., 64 ans.

Depuis six mois, baisse de l'E.G., douleurs sourdes de la FID. Constipation opiniâtre. Tumeur non douloureuse de la FID. L.B. : défilé sinueux au niveau du cæcum.

12.4.62 : A.G. La dernière anse grêle est d'aspect occlusif ; tumeur du fond cæcal, surtout développée sur la face postérieure. Ligature première des vaisseaux. Multiples ADP peu importantes. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : tumeur ulcérée végétante, envahissant la totalité de la valvule de Bauhin, et la partie proximale de l'appendice iléo-cæcal.

— Epi glandulaire atypique. Ganglions non envahis.

— Suites opératoires simples.

— Va bien à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 120. — M. D..., 62 ans.

Anémie hypochrome et hémorragie intestinale. Rectoscopie : polype du bas sigmoïde. L.B. : gros néo de l'angle droit. Tumeur volumineuse perçue dans la FID.

17.5.62 : A.G. Enorme tumeur englobant l'angle droit, l'ascendant et la partie droite du transverse. Cette tumeur est mobile, mais a envahi le mésentère d'une anse grêle. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

Pièce : énorme cancer ulcéro-végétant.

31.5.62 : A.G. Dilatation anale : ablation d'un polype gros comme une framboise, implanté sur le bas sigmoïde. Excellent état général actuellement.

OBSERV. N° 121. — M. F..., 67 ans.

Depuis trois mois, diarrhée, baisse de l'E.G. Apparition progressive d'une induration ombilicale. L.B. : sténose de l'ascendant.

23.6.62 : A.G. Ascite claire. Les viscères sont farcis de greffes péritonéales. Tumeur du côlon ascendant avec deux viroles du grêle. Anastomose iléosigmoïdienne latéro-latérale.

Décès trois mois plus tard d'ascite néoplasique.

OBSERV. N° 122. — M. T..., 52 ans.

Depuis quatre mois, douleurs coliques avec diarrhée. L.B. : fait en février 62 a été négatif. A l'heure actuelle, masse de la FID.

4.8.62 : A.G. Volumineux néo cæcal. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Epi glandulaire atypique. Ganglion non envahi.

— Suites opératoires simples.

— Va bien actuellement.

OBSERV. N° 123. — Mme P..., 77 ans. Appendicectomie seize ans auparavant. Il y a quatre mois, découverte par la malade elle-même d'une masse de la FID. Diarrhée. L.B. : image lacunaire iléocæcale.

11-8-62 : A.G. Volumineux néo cæcal, bloqué en arrière. Iléotransversostomie.

Suites immédiates simples. Malade perdue de vue.

OBSERV. N° 124. — M. G..., 49 ans.

Début brutal il y a deux mois par des crises coliques et de la diarrhée. Baisse de l'E.G. Transit baryté : sténose jéjunale par néo ou rétrécissement tuberculeux.

29-9-62 : A.G. cancer sub-occlusif du cæco-ascendant, Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : cancer laissant libre le fond cæcal, ayant largement envahi la valvule de Bauhin.

— Epi glandulaire typique.

— Décès deux ans et demi plus tard de récurrence inopérable.

OBS. N° 125. — M. V..., 49 ans.

Depuis deux mois, baisse de l'E.G., selles noires. L.B. : sténose de l'angle droit.

3-10-62 : A.G. Volumineux néo de l'angle droit très adhérent en arrière. Coulées néoplasiques remontant sous le foie. Greffes péritonéales et métastases hépatiques. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Epi colloïde.

— Suites immédiates bonnes.

— Décès huit mois après d'une énorme récurrence inopérable.

OBSERV. N° 126. — M. M..., 47 ans.

En juillet 1960, appendicectomie drainée. Août 60 : occlusion paralytique. Iléostomie. Octobre 60 : persistance d'une fistule cæcale : dérivation par I.T. Termino-latérale.

19-10-62 : A.G. Cancer de la face postérieure de l'angle droit, ayant pénétré la paroi abdominale postérieure. Hémicolectomie droite.

— Epi glandulaire typique.

— Suites opératoires simples.

— Décès un peu plus d'un an après de métastases multiples.

OBSERV. N° 127. — M. G..., 76 ans.

Depuis quelques mois, crises douloureuses abdominales, alternance de diarrhée et de constipation, méléna. Depuis deux jours, occlusion.

28-12-62 : A.L. Virole du côlon ascendant. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Décès quatre jours après de coma urémique.

OBSERV. N° 128. — M. G..., 37 ans.

Il y a un an, sang rouge dans les selles. L.B. négatif. Il y a six mois, nouveau L.B. négatif. Depuis un mois, diarrhée, baisse de l'E.G. Masse empâtée para-ombilicale droite. RX : fistule duodéno-colique : zone suspecte sur le côlon qui est sans doute le point de départ de la fistule.

6-2-63 : A.G. Enorme néo de l'angle droit, adhérent à D2, avec fistulisation. Section de l'antra pylorique et, Polya pré-colique. Exclusion unilatérale par implantation I.T. termino-latérale.

— Suites immédiates simples.

— Décès deux mois après de cachexie.

OBSERV. N° 129. — Mme L..., 79 ans.

Cholécystectomie vingt-neuf ans auparavant. Depuis cinq mois, baisse de l'E.G., lourdeur de la FID, diarrhée. Masse perçue dans la FID. L.B. : mégacôlon et amputation du fond cæcal.

13-2-63 : A.L. Gros néo du cæcum adhérent en arrière. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Epi atypique colloïde.

— Décès huit mois après de métastases multiples.

OBSERV. N° 130. — M. Z..., 55 ans.

Depuis un mois, crises coliques. Tumeur dans le flanc droit. L.B. sténose de l'ascendant.

11-3-63 : A.G. Très volumineux néo de l'ascendant avec une ADP du mésocolon. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : grosse virole de l'ascendant.

— Suites simples.

— Va bien à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 131. — Mme G..., 77 ans.

Ovariectomie gauche et appendicectomie quarante ans auparavant, pour raison inconnue.

Depuis trois mois, baisse de l'E.G., et constipation. Tumeur dans la FID. Une ou deux fois, sang dans les selles. L.B. : défilé médian irrégulier du côlon ascendant.

26-3-63 : A.G. Volumineux néo de l'ascendant. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Epi glandulaire atypique.

— Suites immédiates simples mais au T.R., petite masse indolente ne saignant pas au contact. Rectoscopie : épi du rectum.

— Va bien à l'heure actuelle.

OBSERV. N° 132. — M. M..., 52 ans.

Depuis huit jours, violentes douleurs de la FID. Selles noires. Masse douloureuse de la FID.

Depuis 48 heures, douleurs violentes, ventre dur, température.

10-4-63 : A.G. Volumineuse tumeur ecchymotique du côlon ascendant avec virole néoplasique de la partie moyenne du transverse. Anastomose I.T. termino-terminale.

— Epi glandulaire typique.

— Décès trois jours après dans un tableau pulmonaire.

OBSERV. N° 133. — M. S..., 73 ans

Depuis quatre mois, douleurs dans la FID et baisse de l'E.G. Masse perçue.

20-4-63 : A.G. Néoplasme cæcal avec invagination iléo-cæcale. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

Réintervention sous A.L. pour éviscération.

— Epi glandulaire atypique avec un polype non dégénéré.

— Décès une semaine après d'O.A.P.

OBSERV. N° 134. — Mme D..., 67 ans.

Depuis quinze jours, douleurs de la FID. L.B. : zone lacunaire de l'angle droit. Tumeur perçue au niveau de l'angle droit.

29-10-63 : A.G. Néoplasme de l'angle droit. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Epi glandulaire atypique.

→ Suites immédiates simples.

— Récidive très rapide (deux mois) de la paroi abdominale antérieure et du tissu cellulaire postérieur englobant l'uretère droit.

— 10-1-64 : A.G. Ablation large avec néphrectomie droite.

— Décès six jours après.

OBSERV N° 135. — Mme D..., 67 ans.

Depuis deux mois, par deux fois, hémorragie de sang rouge. L.B. : image lacunaire du cæcum avec diverticules.

15-11-63 : A.G. Tumeur du cæcum. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Suites immédiates simples.

— Sarcome lymphoblastique du cæcum.

OBSERV. N° 136. — M. F..., 49 ans.

Malade présentant une anémie à 2.700.000 G.R. (seul élément). Weber + L.B. : défilé de l'ascendant.

9-10-63 : A.G. Gros néo de l'ascendant. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Suites opératoires simples.

— Epi glandulaire atypique. Ganglions non envahis.

OBSERV. N° 137. — M. M..., 56 ans.

Depuis trois mois, baisse de l'E.G., alternance de diarrhée et constipation. Tumeur de la FID.

12-11-63 : A.G. Très volumineux néo du cæcum, adhérent à la paroi abdominale antérieure. Volumineuses ADP. Hémicolectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : néo occupant le cæcum et la valvule de Bauhin.

— Epi glandulaire orthoplasique.

— Suites simples.

OBSERV. N° 138. — M. O..., 50 ans.

Depuis huit mois, alternance de diarrhée et constipation avec méléna. Depuis trois jours, occlusion.

4-3-64 : A.G. Masse dure au niveau de la valvule iléo-cæcale. Métastases hépatiques. Anastomose I.T. latéro-latérale.

— Suites simples.

OBSERV. N° 139. — Mme D..., 34 ans.

Appendicectomie 19 ans auparavant. Depuis 2 mois, crises douloureuses abdominales. Tumeur perçue dans la FID. L.B. : défilé irrégulier du transverse droit.

14-3-64 : A.G. Gros néo du T.D. Pas de métastase hépatique. Hémicolectomie droite et castration bilatérale.

— Suites immédiates : phlébite du MIG.

— Epi anaplasique. Ganglion non envahi.

OBSERV. N° 140. — Mme C..., 66 ans.

Deux ans auparavant, opération de Haldsted pour tumeur du sein gauche. Depuis, baisse de l'E.G., troubles dyspeptiques. Tumeur abdominale droite douloureuse.

29-4-64 : A.G. Gros néo cæcal. Une métastase du lobe droit du foie. Hémicolectomie droite. Arrêt cardiaque.

— Epi glandulaire cæcal.

OBSERV. N° 141. — Mme R..., 57 ans.

Depuis cinq mois, baisse de l'E.G. Weber + + + ; L.B. : cæcum irrégulier. Tumeur dans la FID.

19-5-64 : A.G. Néo de la partie basse de l'ascendant. Ligature première des vaisseaux. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Pièce : néo squirreux.

— Suites opératoires simples.

— Epi atypique colloïde.

OBSERV. N° 142. — Mme G..., 67 ans.

Depuis deux mois, douleurs dans la FID avec augmentation de volume de l'abdomen. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire.

7-7-64 : A.G. Il s'agit en réalité d'un néoplasme du cæcum adhérent à la paroi antérieure et à plusieurs anses grêles.

— Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Suites opératoires simples.

— Epi glandulaire atypique.

OBSERV. N° 143. — Mme C..., 80 ans.

Néo de l'ascendant vu en occlusion.

10-9-64 : A.G. Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

Décès un an après de récidives multiples.

OBSERV. N° 144. — Mme D..., 72 ans.

Néo de l'ascendant.

15-4-64 : Hémi-colectomie droite (termino-terminale).

— Suites simples.



## BIBLIOGRAPHIE

- BERTRAND P. et GILBERTAS A. — Le cancer du côlon droit. A propos de 71 observations personnelles. *Arch. des Mal. App. Digestif*, Paris, oct. 56, 45, N° 10, 298-301.
- BERTRAND P., GUILLEMIN G., SAUBIER E. — Réinterventions pour récidence après hémicolectomie droite pour cancer. *Lyon-Chirurgical*, 1957, 53, N° 4, 617-618.
- BERTRAND P., FRANCILLON J., SAUBIER E. — A propos de trois cas de fistules duodéno-coliques par cancer du côlon droit. *Lyon-Chirurgical*, 1958, 54, N° 5, 936-941.
- BIENAYMÉ J. — Les cancers du côlon droit. Leur traitement. *Thèse Méd. Paris*, 1956, N° 147.
- CHEVILLARD R. — L'hémicolectomie droite par ligatures vasculaires premières. Technique de Turnbull. (A propos de vingt-deux observations.). *Thèse Méd. Lyon* 1964, N° 27.
- CLAVEL C. — Opérations pour récidives de tumeurs du gros intestin. *Lyon-Chirurgical* 1949, 44, N° 3, 379-380.
- DARGENT M., COLOMB, DARGENT D. — A propos d'un cas de cancer spino-cellulaire du cæcum. *Lyon-Chirurgical* 1963, 59, N° 6, 864-868.
- GRINNEL R. — Métastases lymphatiques du cancer du côlon et du rectum. *Ann. Surg.* 1950, 131, 4, 494-506.
- HUMM R. — Etude d'une série de soixante et un cancers du côlon droit. *Thèse Méd. Paris*, 1962, N° 984.
- LOYGUE J. — Evolution particulière, traitement, pronostic des cancers du côlon droit. *Revue du Praticien*, Paris, 11 janvier 1963, 13, 2, 184-192.
- MOUCHET A. et HUMM R. — A propos de soixante et un cancers du côlon droit, quarante et une hémicolectomies droites. *Journal de chirurgie*, 85, N° 1, p. 17, 1963.
- PEYCELON R., GUILLEMIN G. — Réflexions cliniques et thérapeutiques à propos de cinquante cas de cancer du côlon droit. *Arch. Mal. App. digestif* 1955, 44, 7, 877-882.
- PEYCELON R., REPLUMAZ P. — Colectomie itérative avec néphrectomie droite pour récidence néoplasique après colectomie droite. *Lyon-Chirurgical* 1957, 53, N° 4, 581.
- Sur les cancers du côlon droit fistulisés dans l'intestin grêle. *Lyon-Chirurgical* 1959, 55, N° 1, 77-80.

- PEYCELON R., JEGOU, DELORE, BERNEX. — A propos de cent vingt-deux cas de cancer du côlon droit. *Lyon-Chirurgical* 1964, 60, 197-207.
- QUENU J., BIENAYMÉ J. — Cinquante hémicolectomies droites pour cancer. *Ann. de Chirurgie* 1957, 11, 5-6, 295-305.
- SOUCHON C. — Récidive ganglionnaire rétrocrurale après hémicolectomie droite pour cancer du cæcum. *Thèse Méd. Lyon* 1964, N° 128.
- VEYSSIÈRE C. — Contribution au traitement chirurgical des cancers du côlon droit (à propos de cent soixante-deux observations). *Thèse Méd. Lille* 1963 (dactylographiée).
- WELTI H. — La chirurgie du côlon. Masson, édit., Paris 1960.
- YOVANOVITCH B. — Cancer du côlon droit. Etude statistique à propos de soixante-trois cas. *Lyon-Chirurgical* 1958, 54, N° 1, 32-37.

*Pour une bibliographie complète*

- antérieure à 1955, consulter *Les cancers du côlon*, ROUX et CARCASSONE. Masson et Cie, édit. Paris, 1955 (plus de 700 références) ;
- postérieure à 1955, consulter *Contribution au traitement chirurgical des cancers du côlon droit*. VEYSSIÈRE. *Thèse Méd. Lille* (plus de 200 références).

## TABLE DES MATIERES

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                   | 11 |
| Bases étiologiques .....                             | 13 |
| Bases anatomo-pathologiques .....                    | 17 |
| Symptomatologie                                      |    |
| Formes aiguës .....                                  | 21 |
| Formes chroniques .....                              | 23 |
| Tableau résumé .....                                 | 25 |
| Examens radiologiques .....                          | 27 |
| Traitement .....                                     | 31 |
| Types d'intervention .....                           | 31 |
| Préparation - anesthésie .....                       | 32 |
| Hémi-colectomie droite en un temps (Technique) ..... | 32 |
| CONCLUSIONS .....                                    | 37 |
| Indications thérapeutiques .....                     | 38 |
| Suites opératoires immédiates .....                  | 41 |
| Suites éloignées .....                               | 45 |
| CONCLUSIONS .....                                    | 47 |
| Résumé des observations .....                        | 49 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                  | 87 |









